



**Subjektive Einschätzung der  
gesundheitsbezogenen Lebensqualität von  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu  
Beginn, während und nach der Ausbildung**

Eric Koblenz

GutachterInnen: Prof. Dr. G.Zurhorst

Dr. E. Marx

Leipzig, 25.Oktober 2014

### **Bibliographische Beschreibung:**

Koblenz, Eric: Subjektive Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu Beginn, während und nach der Ausbildung. S. 66

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Masterarbeit, 2014

### **Referat:**

Qualitativ hochwertig Psychotherapie jedweder Ausrichtung zu leisten, die bedeutet für die damit betrauten Professionellen nicht nur Zufriedenheit zu erleben, sondern auch, Belastungen zu spüren. In den vergangenen 20 Jahren wurden hinsichtlich des Belastungserlebens von Psychotherapeuten an einigen Stellen Stimmen laut, die einen Zusammenhang mit den schwierigen Ausbildungsbedingungen vermuten. Gleichwohl bleibt bisher offen, wie genau die Ausbildungsbedingungen auf Teilnehmer von Psychotherapieausbildungen wirken. Zum vorhandenen Expertenwissen fehlen ausreichend empirische Äquivalente. Diesen Umstand nimmt die vorliegende Arbeit zum Anlass, um aktive Teilnehmer einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an einem Ausbildungsinstitut zu ihren subjektiv empfundenen Belastungen, ihrem darüber subjektiv empfundenen Stress sowie ihrer subjektiv empfundenen, gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu befragen. Die Ergebnisse bestätigen das bisherige Expertenwissen um personen- und gruppenunabhängig Belastungsquellen. Zugleich deuten sie weiteren Forschungsbedarf, insbesondere aus qualitativer Perspektive an, um das Wirken dieser Quellen zugunsten einer präventiven Orientierung, aufzuklären.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Forschungsgegenstand und Zielsetzung</b>	<b>7</b>
2.1	Belastungen .....	8
2.2	Ressourcen .....	8
2.3	Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	9
<b>3</b>	<b>Theoretischer Forschungsstand zum Zusammenhang von Belastungen, Ressourcen und gesundheitsbezogener Lebensqualität</b>	<b>11</b>
3.1	Das transaktionale Stresskonzept nach Lazarus .....	12
3.2	Die Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll und Buchwald .....	14
3.3	Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky .....	15
<b>4</b>	<b>Empirischer Forschungsstand zu Belastungen, Ressourcen und gesundheitsbezogener Lebensqualität bezogen auf die Untersuchungsgruppe von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>Ausbildungsbedingungen am SIMKI e.V.</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>Hypothesen</b>	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>Methodik</b>	<b>33</b>
7.1	Design der Untersuchung .....	33
7.2	Rekrutierung der Untersuchungsgruppen .....	33
7.3	Erhebungsinstrumente .....	35
7.3.1	Die Screening Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress .....	35

7.3.2	Die Leipziger Kurzversion der „Sense of Coherence Scale“ (SOC-L9) .....	36
7.3.3	Liste möglicher Belastungen im Rahmen einer Ausbildung zum Kinder - und Jugendlichenpsycho- therapeuten .....	37
7.4	Auswertungsverfahren .....	38
<b>8</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>40</b>
8.1.	Demographische Basisdaten der Befragten .....	40
8.2	Ergebnisse der Befragungen .....	42
<b>9</b>	<b>Diskussion</b>	<b>48</b>
9.1	Diskussion bezogen auf das Untersuchungsdesign, die Auswahl der Untersuchungsgruppe sowie die verwendeten Methoden .....	48
9.2	Diskussion bezogen auf die Ergebnisse .....	51

## **Literatur**

## **Selbständigkeitserklärung**

## **Anhang - Fragebögen**



## 1. Einleitung

Psychotherapie ist in den westlichen Industrieländern ein wichtiger Bestandteil der Heilkunst (Cierpka, 1997). In den letzten Jahren wird sie mehr denn je nachgefragt und hat damit eine hervorgehobene Bedeutung für das Wohlergehen der Individuen einer Gesellschaft (Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005). Zugleich ist der Beruf des Psychotherapeuten<sup>1</sup> gekennzeichnet von spezifischen Belastungen (Müller, 2009; Sievers, 2011) und nicht frei von Gefahren (Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005). Die ständige berufliche Konfrontation mit dem Leid der Patienten kann bei Psychotherapeuten zu somatischen und / oder psychischen Symptomen führen (ebd.). Dahingehende Untersuchungen zeigen - neben einer allgemeinen Zufriedenheit hinsichtlich der eigenen Arbeitssituation, der Lebenssituation generell, der Partnerschaft und der gesundheitlichen Verfassung - auf der Basis von Daten des SF-36 zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Bullinger und Kirchberger (1998) besonders im Bereich der psychischen Gesundheit, Beeinträchtigungen auf (Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005). Im Zusammenhang damit sind möglicherweise auch die überdurchschnittlichen Suizidraten bei Psychiatern und Psychologen (Sonnenmoser, 2003) zu sehen. Als eine maßgeblich Ursache wird die in der Fachliteratur häufig benannte mangelhafte Fähigkeit vieler Psychotherapeuten zur Selbstfürsorge, Grenzziehung und somit Regeneration erkannt (Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005). In der Arbeit von Müller (2009) zu „Gesundheitsbewußtsein, beruflicher Belastung und Bewältigungsverhalten von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – unter besonderer Berücksichtigung von Kinderpsychiatern und Kinderpsychotherapeuten“ äußerten sich besonders Letztere kritisch bezüglich der Vorbereitung durch die Ausbildung auf die Berufsbelastungen. Fast ein Drittel der befragten Kinderpsychiater und Kinderpsychotherapeuten gab an, dass die Psychotherapieausbildung nicht geeignet gewesen sei, auf die Belastungen des Berufes und Möglichkeiten der Distanzierung

---

1 Im Nachfolgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit in erster Linie nur die männliche Form verwandt; gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

vorzubereiten. Auch unter den befragten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten war dieser Anteil unwesentlich geringer. (Müller, 2009). Ditterich und Winzer (2003) gehen an dieser Stelle noch einen Schritt weiter, indem sie aus der Teilnehmerperspektive einer psychotherapeutischen Ausbildung heraus vermuten, dass die derzeitigen Ausbildungsbedingungen langfristig die Psychotherapeuten in einer für die Ausübung ihres Berufes abträglichen Art und Weise prägen. Der Forschungsstand dahingehend ist als defizitär einzuschätzen und begründet das Interesse des Verfassers am Thema der hier vorliegenden Arbeit.

## **2. Forschungsgegenstand und Zielsetzung**

Zentraler Forschungsgegenstand der vorliegenden Untersuchung ist der Einfluss möglicher Belastungsquellen auf die Verfügbarkeit individueller Ressourcen und darüber auf die subjektiv empfundene gesundheitsbezogene Lebensqualität bei aktiven Teilnehmern einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Absolventen einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden in diese Arbeit insoweit Eingang, um mit Hilfe ihrer retrospektiven Einschätzung zu subjektiv empfundenen Belastungen während ihrer Ausbildungszeit mögliche Belastungsquellen als personen- und gruppenunabhängige Einflussgrößen beschreiben zu können. Ihre aktuelle subjektiv empfundene gesundheitsbezogene Lebensqualität findet keine Beachtung, da sich diese nicht sinnvoll in Bezug zum Forschungsgegenstand setzen lässt. Zudem liegen Forschungsergebnisse dazu in überschaubarer Anzahl vor (Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005; Müller, 2009; Sievers, 2011).

Ausgehend von dem in der theoretischen Forschung etablierten Gedanken, dass die subjektiv empfundene, gesundheitsbezogene Lebensqualität des Einzelnen stark abhängig ist vom Zugriff auf seine individuellen Ressourcen, will die Untersuchung zeigen, dass Teilnehmer einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzelnen, wirksamen, personen- und gruppenunabhängigen Belastungsquellen unterliegen. Diese sind Teil der Ausbildungsstruktur bzw. als Auswirkungen dieser Struktur zu verstehen. Ihr Wirken äußert sich in Form von subjektiv vermehrt erlebtem Stress und schränkt möglicherweise den Zugriff auf individuelle Ressourcen, die ein erfolgreiches Bewältigungsverhalten modellieren, ein. Zugleich wird die subjektiv empfundene gesundheitsbezogene Lebensqualität der Ausbildungsteilnehmer dadurch beeinflusst.

Um ein inhaltliches Verständnis der zentralen Begriffe „Belastungen“, „Ressourcen“ und „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ im Sinne der vorliegenden Arbeit zu erhalten, sind diese in einem ersten Schritt kurz zu erklären. Nachfolgend soll dann der theoretische Forschungsstand zum Zusammenhang der drei Faktoren dargestellt werden.

Ergänzend wird unter Punkt 4 der empirische Forschungsstand, bezogen auf die Untersuchungsgruppe von aktiven Teilnehmern einer Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, formuliert.

## **2.1. Belastungen**

Der Begriff „Belastung“ an sich ist unspezifisch.. Er ist im verwendeten Kontext zu sehen. So gibt es physikalische Belastungen, etwa im Sinne des Newtonschen Reaktionsprinzips. Physische Belastungen sind als Teil des menschlichen Daseins zu verstehen. Vom Grunde her dienen sie der Gesundheit. Im Übermaß wirken sie schädlich. Daneben spielen zunehmend psychische Belastungen eine Rolle bei der Bewertung von Gesundheit. Sie werden zumeist subjektiv empfunden. Nach der Norm EN ISO 10075-1 ist eine psychische Belastung „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (DIN Deutsches Institut für Normierung e.V., 2000). In dieser „neutralen“ Definition ist mit der Fokussierung auf äußere Einflüsse zugleich die Abgrenzung zum Begriff der „psychischen Beanspruchung“ (vgl. EN ISO 10075-1, DIN Deutsches Institut für Normierung e.V., 2000) und dem des „Stressors“ getroffen, wenngleich letzterer häufig synonym verwendet wird (Bamberg, 2000).

Psychische Belastungen wirken ausgehend von einer Situation auf den Menschen. Sie resultieren aus Differenzen zwischen situativen Gegebenheiten und den Möglichkeiten und / oder Bedürfnissen einer Person (Bamberg, 2000). Psychische Belastungen können sowohl schädlich als auch anregend wirken (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2010). Anregende Belastungen tragen zu persönlichem Wachstum und Gesundheit bei. Fehlbelastungen in diesem Sinne können zu Ermüdung und psychosomatischen Erkrankungen führen.

## **2.2 Ressourcen**

Bamberg, Busch und Ducki (2003) sehen Ressourcen als funktionale „Hilfsmittel“, welche die Erfüllung von Anforderungen und die Bewältigung von Belastungen unterstützen. Hobfoll und Buchwald (2004) beschreiben sie dahingehend als zu

schützende und zu erweiternde Eigenschaften und Fähigkeiten von Menschen oder Systemen und klassifizieren weiterführend in Objekt-, Bedingungs-, persönliche und Energieressourcen. Antonovsky führt in seinem Konzept der Salutogenese den Begriff der „generalized resistance resources“ (GRR)<sup>2</sup>, zu deutsch: generalisierte Widerstandsquellen, ein und meint damit u.a. materiellen Wohlstand, Wissen, Intelligenz, Bewältigungsoptionen, soziale Netzwerke, Bindungen, kulturelle Stabilität und eine präventive Gesundheitorientierung. Andere Autoren beschränken sich darauf, Klassifikationsmerkmale zu benennen, mit deren Hilfe beurteilt werden kann, ob es sich bei einem Merkmal, Objekt oder einer Gegebenheit möglicherweise um eine Ressource handelt. So z.B. Feger und Auhagen, (1987), die u.a. über die Zuschreibbarkeit, Kontrollierbarkeit, gezielte Einsetzbarkeit und Bewertbarkeit des Merkmals, Objektes oder der Gegebenheit mit Blick auf ein angestrebtes Ziel, klassifizieren.

Die vorliegende Arbeit verwendet im Weiteren den Begriff „Ressourcen“ im Sinne der Konkretisierungen Antonovskys.

### **2.3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Der Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ ist eine direkte Übersetzung des verbreiteten englischen Begriffes „health related quality of life“, der standardmäßig mit HRQOL abgekürzt wird (Güthlin, 2006). Seine Entstehung und Entwicklung ist eng verknüpft mit dem Einbezug von psychischem und sozialem Wohlbefinden in die Definition von Gesundheit durch die World Health Organisation (WHO, 1946; im Überblick zur Historie des Begriffes Güthlin, 2006). Heute wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität auf breiter Basis diskutiert; allerdings besteht keine allgemeine definitorische Klarheit. Die Einordnung orientiert sich zumeist an Sichtweisen, die der jeweiligen Betrachtung zu Grunde liegen (Güthlin, 2006). Unter den Experten besteht insoweit Einigkeit, als dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität als „ multidimensionales Konstrukt verstanden werden kann, welches körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen abbildet“ (Ellert & Kurth, 2013). Im Gegensatz zu klassischen medizinischen Kriterien

---

2 Antonovsky verweist neben den generalisierten Widerstandsquellen auch auf genetische und konstitutionelle Widerstandsquellen. Auf diese wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

der Beurteilung von Gesundheit einer Person, beinhaltet dieses Konzept die für viele Aspekte maßgebliche Sichtweise der Betroffenen hinsichtlich ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit und ihres psychischen Wohlbefindens und ist somit ein wichtiges Instrument zur Beschreibung des Gesundheitszustandes im Sinne der Definition von Gesundheit der WHO.

### **3. Theoretischer Forschungsstand zum Zusammenhang von Belastungen, Ressourcen und gesundheitsbezogener Lebensqualität**

In Anlehnung an einen Gesundheits-, respektive Lebensqualitätsbegriff, welcher immer noch stark mit dem Gedanken der Abwesenheit von Krankheit verbunden ist, wählen die größere Anzahl empirischer Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihren theoretischen Zugang über das in biomedizinisch-empirischer Tradition stehende Risikofaktorenkonzept.<sup>3</sup> Ihr Ziel ist es, im Kontext von Personen oder Gruppen, Merkmale zu identifizieren, die eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten bei ebenjenen Personen bzw. Gruppen begründen (Risikofaktoren). Hierzu zählen Ereignisse, Situationen oder Verhaltensweisen, welche zu einem mit statistischen Mitteln wissenschaftlich nachweisbar vermehrten Auftreten einer Krankheit führen. Beispiele hierfür sind genetische Dispositionen, soziale Merkmale oder kritische Lebensereignisse. Neben linear angelegten Monokausalkonzepten – auf eine eindeutig abgrenzbare Ursache (Expositionsbedingung) erfolgt in relativer zeitlicher Nähe die Erkrankung – wurde in der Vergangenheit zunehmend aus multifaktorieller Perspektive diskutiert (Gusy, 2008) . Dahinter steht die Einsicht in die Begrenztheit linear-monokausaler Ansätze bei der Erklärung der Entstehung chronischer und psychosomatischer Erkrankungen.

Neben der inhaltlichen Begrenzung richtet sich die allgemeine Kritik am Risikofaktorenkonzept auf den Ausschluss lebensweltlicher Kontexte und die Beliebigkeit der Merkmalsauswahl. Mangels ausreichender theoretischer Wirkmodelle, werden Variablen unterschiedlicher Herkunft und Ebenen in ein statistisches Vorhersagemodell aufgenommen und hinsichtlich ihres Erklärungsbeitrages beurteilt, ohne jedoch diese Variablen in ein theoretisches Vorhersagemodell zu integrieren (Gusy, 2008). Einer ersten Orientierung mag dieser Ansatz daher dienlich sein. Für eine Präzisierung braucht er die Erweiterung, z.B. um die Risikorezeption der einzelnen Person. Denn nur vor dem Hintergrund des Zusammenspiels objektiver und subjektiver Faktoren lässt sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität als individuelle Aussage der

---

3 Das traditionelle „Risikofaktorenkonzept“ hat seinen Ursprung in der Epidemiologie, über Beobachtungen wird versucht auf isolierte Faktoren bzw. ein Faktorengefüge zu schließen, das die Auftretenswahrscheinlichkeit einer bestimmten Krankheit i.S. einer Kausalität begünstigt. Diese werden dann als sog. Risikofaktoren bezeichnet. Der Begriff weicht somit von moderneren Konzeptionen des Begriffs „Risiko“ ab, die Belastungs- bzw. Ressourcenkonstellationen berücksichtigen.

einzelnen Person auf einem Kontinuum, „welches von qualvollem emotionalen Schmerz und totaler psychischer Dysfunktion bis zu einem vollen, kräftigen Gefühl von psychischen Wohlbefinden reicht“, verstehen, einordnen und beeinflussen (Antonovsky, 1985, S. 274 in der Übersetzung von Singer, 2007). Stresspsychologische Konstrukte, welche vermittelnde Mechanismen zwischen Umweltbedingungen und personalen Reaktionen konzipieren, bieten hier eine Möglichkeit. Im Folgenden werden dahingehend das transaktionale Stresskonzept von Lazarus (1981), die Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll und Buchwald (2004) sowie das Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997) näher vorgestellt.

### **3.1. Das transaktionale Stresskonzept nach Lazarus**

Anfang der 1980iger Jahre wurde aus der Arbeitsgruppe um Lazarus herum (Lazarus & Launier, 1981) eine stresstheoretische Konzeption entwickelt, die ihren Ausgangspunkt in der Grundannahme findet, dass „neutrale“ Umweltgegebenheiten permanent durch eine Person auf ihren Bedeutungsgehalt für die jeweilige Person hin geprüft werden. Diese Prüfung wird als Prozess verstanden, in dem kognitive Bewertungen (appraisal) eine zentrale Rolle spielen. Neben einer ersten Unterscheidung in relevant / irrelevant (Bedeutungsgehalt) wird nachfolgend der Anforderungsgehalt bestimmt. Als irrelevant bewertete Situationen erfordern keine Anpassungsleistung. Wird eine Situation als bedeutsam betrachtet, signalisiert diese zugleich einen bestimmten Anforderungsgehalt: Herausforderung (challenge), Bedrohung (threat), Schädigung (harm) oder Verlust (loss). Herausfordernde Situationen bedeuten, sich anstrengen zu müssen. In ihnen ist jedoch die Möglichkeit sichtbar, die Situation zu bewältigen. Angenommen wird ein Endzustand, welcher persönliches Wachstum widerspiegelt oder Kompetenzgewinn verheißt. Teil dieser Annahme ist die Hoffnung, das erhoffte Ergebnis selbst herbeiführen zu können. Die mit einer erfolgreichen Bewältigung der Situation verbundenen positiven Gefühle werden in der Literatur als „Eustress“ bezeichnet.

Bei einer Bewertung als Schädigung oder Verlust ist das Befinden bereits beeinträchtigt. Lösungsversuche zielen auf Schadensminimierung bzw. -linderung (Gusy, 2008). Die Bewertung kann sich auf physische, psychische oder soziale Einflüsse beziehen.

Zukunftsansichten bestimmen auch – ähnlich wie bei der Einschätzung einer Situation



als Herausforderung – die Bewertung einer Situation als Bedrohung. Dabei werden individuell bedeutsame Ziele als gefährdet oder deren Erreichen zumindest als schwierig antizipiert (Gusy, 2008; Sievers, 2011). Präventives Handeln bleibt zwar prinzipiell möglich, jedoch treten an die Stelle der Hoffnung auf persönliches Wachstum und Kompetenzgewinn, zumeist erhebliche Zweifel, das eigene Ziel zu verfehlen. Diese Befürchtung ist mit Furcht, Angst und Besorgnis verbunden (Gusy, 2008).

In sekundären Bewertungsprozessen werden dann verfügbare Bewältigungsmöglichkeiten (Ressourcen) geprüft, deren Erfolgsaussichten abgeschätzt und die eigene Selbstwirksamkeit bilanziert. Entscheidend für die Aktivierung und den Einsatz einer möglichen Ressource (physisch, psychisch oder sozial) ist dabei nicht allein die Ergebniserwartung (outcome expectancy), d.h. das diese Ressource tatsächlich zum gewünschten Ziel führt, sondern auch die Bewertung, das die Person die dafür notwendige Bewältigungshandlung auch tatsächlich wirksam ausführen kann (Wirksamkeitserwartung, efficacy expectancy).

Im Konzept von Lazarus und seinen Mitarbeitern werden Erst- und Zweitbewertungsprozesse als überlappend, parallel verlaufend oder in umgekehrter Reihenfolge stattfindend verstanden, sind also verbundene, wechselseitig aufeinander bezogene Informationsverarbeitungsprozesse, die gemeinsam die Qualität des individuellen Stresserlebens ausmachen (Gusy, 2008). Darin spiegelt sich die transaktionale Dimension des Konzeptes wieder.

Über die Dynamik intrapsychischer Prozesse bei Anforderungssituationen hinaus, beinhaltet die Konzeption zudem Aussagen zum Bewältigungshandeln an sich. Lazarus und Launier (1981) fassen darunter alle Anstrengungen einer Person zusammen, mit einer stressrelevanten Situation umzugehen. Grundlegend unterscheiden sie diese hinsichtlich ihrer Funktionalität, d.h. entweder zielt die Anstrengung auf die Veränderung der Problemlage oder der emotionalen Befindlichkeit. Um Veränderung in der einen oder anderen Richtung zu initiieren, stehen vier Bewältigungsoptionen zur Verfügung: Informationssuche, direkte Handlung, Unterdrückung von Handlungen und intrapsychische Prozesse. Auch hier erfolgt eine Differenzierung hinsichtlich

Ausrichtung und Stil. So kann eine Bewältigungsoption auf die Veränderung von Umweltbedingungen zielen oder die eigene Person fokussieren, sie kann konfrontativ oder vermeidend angelegt sein. Über die von Lazarus und Folkman bereits 1980 entwickelte WCC (Ways-of-Coping-Checklist) konnten empirisch acht grundlegende Bewältigungsarten faktorenanalytisch abgegrenzt werden: konfrontative Bewältigung, kognitive Distanzierung, Selbstkontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Übernahme von Verantwortung, Flucht / Vermeidung, problembezogene Lösungsversuche und positive Neueinschätzungen.

Das von Lazarus und Mitarbeitern entwickelte transaktionale Stresskonzept bietet eine erste, umfangreiche theoretische Konzeptualisierung intrapsychischer Prozesse in Anforderungssituationen. Für die im Folgenden vorzustellenden Konzepte ist es Grundlage. Auch in der aktuellen Forschung wird es weiterhin stark rezipiert.

### **3.2. Die Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll und Buchwald**

Aus anderem Blickwinkel nähern sich Hobfoll und Buchwald (2004) dem Zusammenhang von Stress, Ressourcen und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Ihr Konzept stellt Ressourcen in den Mittelpunkt. Diese allein reichen aus, um Stress zu verstehen. Ausgangspunkt ihrer Überlegungen ist die Grundannahme, „dass Menschen dazu neigen, die eigenen Ressourcen bzw. Hilfsmittel und Fähigkeiten zu schützen und danach streben, neue aufzubauen“ (Hobfoll & Buchwald, 2004, S. 13). Menschen, auch Systeme sind aus ihrer Sicht mit einem Pool personaler und sozialer Ressourcen ausgestattet. Deren Erhalt und Ausbau ist zentrales Handlungsmotiv. Ziel ist ein Ressourcenzugewinn. Dieser führt zu „Eustress“, welcher den Ausbau weiter befördert. Sind Ressourcen bedroht, gehen verloren oder bleibt der erwartete Zugewinn trotz Investition aus, entsteht (psychologischer) Distress. Ausdruck der einen oder anderen Entwicklung ist ein Zugewinn bzw. Verlust an Coping-Fähigkeiten.

„Eustress“ oder „Distress“ zeigen unterschiedliche Effekte, welche i.S. einer Gewinn- oder Verlustspirale auf den Prozess zurückwirken. Zudem sind sie abhängig vom Ausgangsniveau an Ressourcen. So zeigt sich bei einem geringen Ausgangsniveau eine höhere Vulnerabilität für Ressourcenverluste (Gusy, 2008). Die Wahrscheinlichkeit, das

aus anfänglichen Ressourcenverlusten weitere erwachsen, steigt. Die Möglichkeiten, stressvolle Situationen konstruktiv zu bewältigen, sinken. Zugleich muss der Zugewinn an Ressourcen deutlich höher ausfallen, um eine ausgeglichene Kosten-Nutzen-Bilanz zu empfinden und sich darüber als (wieder) wirksam zu erleben. Ein mangelndes Wirksamkeitserleben verhindert zudem die Wahrnehmung und Aktivierung verbliebener Ressourcen. Auch bei Zugewinnprozessen sind demnach Personen mit geringem Ausgangsniveau benachteiligt, da es für sie ungleich schwieriger ist, neue Ressourcen aufzubauen (Gusy, 2008).

Neben der expliziten Orientierung an Ressourcen, sind in diesem Konzept motivationspsychologische Überlegungen integriert. Zudem hat es eine breitere Gültigkeit, da es nicht „nur“ Stress fokussiert, sondern das Verhalten von Menschen insgesamt beleuchtet (Gusy, 2008). Ähnlich dem Konzept von Lazarus stellt es die Wahrnehmung und Bewertung von Ressourcen als handlungsleitend heraus und ergänzt damit bisher eher defizitorientierte Perspektiven um die Betrachtung positiver Gestaltungsmöglichkeiten von Personen und Gruppen (Gusy, 2008).

### **3.3. Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky**

Ausgehend von der Fragestellung, wie es Menschen schaffen, trotz immenser Belastungen, gesund zu bleiben<sup>4</sup>, entwickelte Antonovsky (1997) sein Konzept der Salutogenese. Es konzipiert Gesundheit als komplementären Begriff zur Entwicklung von Krankheit (Pathogenese). Gesundheit ist demnach kein Zustand sondern ein Prozess. Die Begriffe „krank“ und „gesund“ bilden darin nur die Endpunkte eines Kontinuums. Ein Mensch ist also nicht krank oder gesund, sondern mehr oder weniger krank oder gesund. Verschiebungen in die eine oder andere Richtung sind Ausdruck des individuellen Umgangs mit Spannungszuständen. Diese werden ausgelöst durch Stressoren. Letztere werden von Antonovsky als omnipräsent gesetzt, d.h. man kann ihnen nicht ausweichen, sie sind immer da und verlangen permanent eine Spannungsbewältigung. Ob dieser Zustand von einer Person als Stress erlebt wird und

---

<sup>4</sup> Die Fragestellung ist hier allgemeiner formuliert. Erste Überlegungen Antonovskys entstammen Untersuchungen zur Verarbeitung der Menopause bei israelischen Frauen. Einige von ihnen hatten die Internierung in Konzentrationslagern überlebt und für ihn stellte sich die Frage, wie eben jene es geschafft haben, trotz dieser Belastung ein neues Leben aufzubauen.

erkrankend wirkt, hängt vom Management des Spannungszustandes ab. Entscheidend für die Steuerung sind sowohl die generelle Lebensorientierung und als auch die Ressourcen, die dieser Person zur Verfügung stehen.

Ausgehend von systemtheoretischen Überlegungen zur Entwicklung von Ordnungen bzw. Strukturen aus dem Chaos nennt Antonovsky die damit notwendig verbundene Fähigkeit oder Möglichkeit einer Person (oder eines Systems), Redundanzen herzustellen, den Sense of Coherence (SOC), den Sinn oder das Gefühl für Kohärenz und postuliert diesen als generelle Lebensorientierung. Vermittelt wird dieses Gefühl über Lebenserfahrungen, die geprägt sind von Konsistenz und einem ausgewogenen Verhältnis von Über- und Unterforderung sowie der Überzeugung, aktiv etwas zum Ausgang eines Geschehens beitragen zu können (Gusy, 2008). Zugleich schafft es die Motivation weitere Kohärenzen zu suchen bzw. zu erstellen (Singer & Brähler, 2007). Angenommen wird darüber hinaus, dass diese Erfahrungen insbesondere dann gemacht werden, wenn ausreichend generalisierte Widerstandsquellen zur Verfügung stehen. Neben genetischen und konstitutionellen, benennt Antonovsky in erster Linie psychosoziale Faktoren: materiellen Wohlstand, Wissen und Intelligenz, Ich-Identität, eine rationale, flexible und weitsichtige Copingstrategie, soziale Unterstützung, Engagement und Zufriedenheit im Handeln, Zusammenhalt und Kontrolle, kulturelle Stabilität, Magie, Zauber, Religion oder Philosophie (bzw. ein stabiles Set von Antworten) und eine präventive Gesundheitsorientierung. Sowohl positive Lebenserfahrungen als auch ein breiter Ressourcenpool verdichten sich damit im „Kohärenzsinn“ zu einer globalen überdauernden aber dynamischen Orientierung der Vorhersagbarkeit von Entwicklungen der inneren und äußeren Welt (Gusy, B., 2008). So ausgerüstet, wird es einem Menschen leichter fallen neue Ressourcen zu erschließen und Spannungen erfolgreicher zu regulieren. Er wird immer widerstandsfähiger gegenüber Stressoren und generiert so Gesundheit und Lebensqualität (Singer & Brähler, 2007). Eine erfolglose Spannungsregulierung als Ausdruck einer geringeren Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen führt aus dieser Perspektive zu einer Stressreaktion und ggf. nachfolgend zu gesundheitlichen Einschränkungen entsprechend der jeweiligen Prädispositionen. Gesundheit respektive Lebensqualität i.S. Antonovskys wird dadurch herabgesetzt.

Operational definiert ist der SOC über drei Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Verstehbarkeit (sense of comprehensibility) beschreibt „das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ (Antonovsky, 1997, S. 34). Eine stark ausgeprägte Verstehbarkeitskomponente ist somit Ausdruck der Überzeugung, dass die eigene Lebenswelt kognitiv geordnet und fassbar geformt ist (Gusy, B., 2008). Handhabbarkeit (sense of manageability) dagegen beschreibt „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert ist, ausgehen“ (Antonovsky, 1997, S.35). Entscheidend für Antonovsky ist dabei nicht der eigene „Besitz“ von oder die „Kontrolle“ über Ressourcen, sondern dass man mit ihnen sicher rechnen kann. Dies impliziert die Möglichkeit einer „Verantwortungsabgabe“ an legitimierte Andere. Darin unterscheidet sich Antonovskys Ansatz von anderen Konzepten. (Singer & Brähler, 2007).

Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) als dritte Komponente des SOC repräsentiert das motivationale Element. Sie bezeichnet ein Grundgefühl, dass es sich lohnt, zur Realisierung von Bedürfnissen oder Wünschen Ressourcen zu mobilisieren, sich also anzustrengen für Dinge, die einem am Herzen liegen (Gusy, 2008; Singer & Brähler, 2007).

Insbesondere die Operationalisierung des SOC hat in der Vergangenheit kritische Stimmen erzeugt. Die unterstellte dreidimensionale Struktur konnte bisher faktorenanalytisch nicht befriedigend reproduziert werden. Auch die hohen (negativen) Korrelationen mit Messungen zu Depressivität und Ängstlichkeit werfen die Frage auf, ob es sich tatsächlich um eigenständiges Konstrukt handelt, das von den genannten Persönlichkeitsmerkmalen sicher abzugrenzen ist (Singer & Brähler, 2007). Trotz Kritik ist die Popularität des Konzeptes ungebrochen, nicht zuletzt seiner konsequenten Abkehr von pathogenetischen Positionen wegen.

#### **4. Empirischer Forschungsstand zu Belastungen, Ressourcen und gesundheitsbezogener Lebensqualität bezogen auf die Untersuchungsgruppe von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung**

Bei der Suche nach aktuellen Studien kann mit Strauß, Barnow, Brähler, u.a. (2009) übereinstimmend festgestellt werden, dass Veröffentlichungen, die sich speziell auf den Bereich der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen, nur in geringer Anzahl zu Verfügung stehen. Viele Publikationen schließen an die Ausbildung im Erwachsenenbereich an und sind von da in ihren Aussagen nur begrenzt übertragbar. Zudem sind sie empirisch nicht immer belegt und stellen somit eher Expertenwissen dar. Ein Teil fokussiert stark auf die Qualitätsbeurteilung der Therapieausbildung hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Belastungen, Ressourcen und gesundheitsbezogene Aspekte von Ausbildungsteilnehmern stehen außerhalb dieses Blickwinkels. Jürgens (2003) sieht hinsichtlich der Probleme, welche während der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auftreten, dennoch Übereinstimmungen in beiden Ausbildungsgängen. Anschließend an diese Position, wird im Folgenden eine kurze Zusammenschau der aus Teilnehmerperspektive berichteten bzw. bisher empirisch erhobenen Probleme respektive Belastungen gegeben. Dabei werden nur Befunde einbezogen, die sich auf die Durchführung des geltenden Psychotherapeutengesetzes beziehen. Die Frage der Sinnhaftigkeit und des Nutzens einzelner Regelungen soll hier nicht diskutiert werden, auch wenn sich mit dem Blick in diese Richtung zur Zeit Hoffnungen verbinden, das Ausmaß einzelner Belastungen - insbesondere der finanziellen und zeitlichen -, stark zu senken.

Im Zusammenhang mit der Aufnahme einer Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden in erster Linie die für den Einzelnen sich dadurch verändernden ökonomischen Rahmenbedingungen als Belastung erlebt und diskutiert (Ruggaber, 2008). Dabei wird nicht allein auf die Höhe des monatlich zu entrichtenden Ausbildungsbeitrags abgehoben, der in Abhängigkeit zum gewählten Verfahren mehr als 600 Euro betragen kann (im Überblick dazu Hölzel,

2006). Ruggaber (2003) spricht mit Blick auf die genannten Beträge kritisch von einer „fragwürdigen Abwälzung der Finanzierung hoheitlicher Staatsausgaben“ (Ruggaber, 2003, S.38). Vielmehr gibt das Problem der häufig unbezahlten praktischen Tätigkeit<sup>5</sup> Anlass für Unsicherheiten, da in dieser Zeit die entsprechenden Gebühren weiter zu zahlen sind. Wie Hölzel (2006) in seiner empirischen Erhebung (n = 446) berichten konnte, erhielten 54,1 Prozent der von ihm Befragten während ihrer praktischen Tätigkeit an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung kein Gehalt. Im Rahmen der praktischen Tätigkeit in einer vom Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung waren es immerhin noch 47,7 Prozent. Von da scheint es kaum verwunderlich, dass nur 53,1 Prozent der Studienteilnehmer die Finanzierung ihrer Ausbildung als gesichert ansahen, knapp die Hälfte (46,2 Prozent) ging davon aus, ihre komplette Ausbildung nicht durch ihre bisherigen Finanzierungsquellen decken zu können. Als Finanzierungsmöglichkeiten benannten 55,4 Prozent ein Gehalt aus Nebentätigkeit, 45,7 Prozent den Verbrauch der eigenen Ersparnisse, 35,7 bzw. 22,6 Prozent geben die Eltern bzw. den Partner als Finanzierungsquelle an und 39,5 Prozent verweisen auf Einnahmen aus der praktischen Ausbildung (Mehrfachnennungen waren möglich). Rechnet man aus dieser Perspektive zu den monatlichen Ausbildungskosten noch anfallende Fahrt- und ggf. Übernachtungskosten sowie eine zeitweise private Krankenversicherung<sup>6</sup> als unabdingbare Ausgaben dazu, so formulieren Ditterich und Winzer zurecht pointiert: „Zugespitzt bedeutet dies für PatientInnen, dass sie die Wahl zwischen überlasteten, existentiell besorgten oder abhängigen TherapeutInnen haben“ (Ditterich & Winzer, 2003, S. 139). Noch nicht im Blick sind an dieser Stelle die Folgekosten der Ausbildung, bedingt durch Verdienstaufschlag oder Ausfällen in den Beiträgen zur Sozialversicherung.

Neben den ökonomischen Rahmenbedingungen wird die zeitliche Belastung durch die Ausbildung in der Diskussion stark betont. Zum einen wird dabei wiederum auf die praktische Tätigkeit in den psychiatrisch-klinischen Einrichtungen fokussiert (Ruggaber, 2008). Keiner der Teilnehmer der Studie von Hölzel (2006) arbeitete in diesem Rahmen

---

5 Die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verlangen im Rahmen der Ausbildung eine praktische Tätigkeit von 1800 Astd..

6 z.B. bei einer Ausübung der praktischen Tätigkeit in einer psychiatrischen klinischen Einrichtung in Vollzeit ohne weiteres Anstellungsverhältnis

unter 11 Std. pro Woche, was etwa einem Viertel der normalen wöchentlichen Arbeitszeit entspricht. Ein Drittel der Befragten arbeiteten zwischen 36 und 40 Stunden, mehr als 5 Prozent sogar darüber. Stellt man dagegen, dass mehr als jeder Zweite ein Gehalt aus einem Nebenjob zur Finanzierung seiner Ausbildung benötigt, so sind in diesem Abschnitt der Ausbildung Arbeitszeiten von mehr als 60 Stunden pro Woche für eine Vielzahl von Ausbildungsteilnehmern vorstellbar. Empirische Erhebungen dazu stehen bisher nicht zur Verfügung.

Auch unabhängig von dieser vorübergehenden Verschärfung der Ausbildungssituation werden mit Blick auf die generelle zeitliche Strukturierung der theoretischen Ausbildung sowie von praktischer Ausbildung, Supervision und Selbsterfahrung, Belastungen sichtbar. Die dafür im Rahmen der Ausbildung vorgesehenen Zeitfenster liegen zumeist an Wochenenden oder nach Feierabend. Eingedenk der Notwendigkeit arbeiten gehen zu müssen, um sich die Ausbildung „leisten“ zu können, bleibt dann kaum noch Zeit für die nötige Erholung, angenehme Aktivitäten und die Pflege sozialer Kontakte (Ditterich & Winzer 2003). Ditterich und Winzer (ebd.) geben mit Blick auf die Ausbildungsteilnehmer zudem den Hinweis, dass die meisten von ihnen – nach einem komplett abgeschlossenen Hochschulstudium – in die Phase von Berufseinstieg und Familiengründung eintreten bzw. sich darin befinden. Nimmt man Befunde der Life-Event-Forschung diesbezüglich wahr, so zeigt sich, dass beide Lebensereignisse und die damit verbundenen Veränderungen und Verluste im sozialen Netz zu den kritischen Lebensereignissen mit der höchsten Belastung gehören (Philipp, 1990).

Wurden bisher die finanziellen und zeitlichen Belastungen sowie die zum Teil parallele Bewältigung von persönlichen Entwicklungsaufgaben umrissen, so soll an dieser Stelle kurz auf die inhaltliche Belastung der praktischen Ausbildung fokussiert werden. Unabhängig von den immensen Dokumentationsleistungen, welche von den Ausbildungsteilnehmern mit Blick auf die spätere Approbationsprüfung in dieser Zeit zu erbringen sind, ist die Phase der praktischen Ausbildung ein Abschnitt, in dem die noch „unreife“ Therapeutenpersönlichkeit auf die individuellen, teils tragisch-traumatischen Erfahrungen und Lebensäußerungen der Patienten trifft. Zwar helfen Supervision und Selbsterfahrung zumeist diese Situationen inhaltlich zu meistern und



werden von den Ausbildungsteilnehmern dahingehend generell als positiv und unterstützend erlebt (Ditterich & Winzer, 2003; Ruggaber, 2008). Der Erwerb konkreter Handlungsmöglichkeiten dagegen, um eben jene „Scheußlichkeiten“ wieder verabschieden zu können und nicht nach und nach zum „Mülleimer“ (Reedemann, 2003, S. 81) zu werden, zählt nicht zum Gegenstandskatalog der Ausbildung.

Reddemann (2003) referiert in ihren Überlegungen zum einem allgemein mangelnden Interesse an Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe Zusammenhänge zu den unaufgearbeiteten Erfahrungen der Kriegskindergeneration. „Ich beobachte eine in meinem Verständnis zum Teil ungesunde Genügsamkeit, die ich damit in Zusammenhang bringe. Nämlich die Erfahrung von Hunger, Kälte und Mangel, die die Älteren noch selbst gemacht und die jüngeren vielleicht unbewusst von den Eltern übernommen haben, da diese ihre Erfahrungen nicht integriert hatten.“ (Reddemann, L. 2007, S.79) Auch die Tradition der Wiedergutmachung durch eigene Zurücknahme verhindere heute den Blick auf eine ausreichende Selbstfürsorge. Aus der systemischen Forschung sind die Generationen übergreifende Wirkung und Stabilität solche Muster mittlerweile gut bekannt.

In der Arbeit von Müller (2009) zu „Gesundheitsbewußtsein, beruflicher Belastung und Bewältigungsstrategien von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – unter Berücksichtigung von Kinderpsychiatern und Kinderpsychotherapeuten“ äußerten die Hälfte aller Befragten eine Unzufriedenheit mit ihrer Therapieausbildung und fanden diese retrospektiv nur teilweise oder gar nicht hilfreich hinsichtlich der Bewältigung zukünftiger beruflicher Belastungen. Insbesondere die Gruppe der Kindertherapeuten merkte dies besonders kritisch an (Müller, 2009). Zugleich fiel diese Gruppe in der Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels des SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998) durch deutlich geringere Werte in den Skalen, welche die psychische und soziale Gesundheit repräsentieren, im Vergleich zu ihrer Altersnormgruppe innerhalb Gesamtbevölkerung auf. Ein Zusammenhang zwischen den beklagten Defiziten und der teils kritisch zu sehenden gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzung der Befragten konnte an dieser Stelle nicht begründet werden und bleibt weiter zu erforschen.

Angesichts der zunehmenden Morbidität der Bevölkerung bei den psychischen Erkrankungen ist aus beiden Blickrichtungen daher auf eine bessere Vorbereitung der Psychotherapeuten auf ihre Aufgabe zu schließen und im Sinne einer professionellen Selbstfürsorge und Psychohygiene an eine Verankerung entsprechender Reflektionsmöglichkeiten bzw. die Vermittlung von konkreten Handlungsmöglichkeiten in der Ausbildung zu denken (Müller, 2009) um die emotionalen Belastungen aus der therapeutischen Beziehung von Beginn an handhabbar werden zu lassen.

Nimmt man diese Verdichtung wirklich ernst, so stößt man zwangsläufig auf die Frage einer Vereinbarkeit ebenjener Ausbildungsbedingungen mit den Prinzipien von Gesundheit und Psychohygiene. Schon 1996 warnte Lieb mit Blick auf die sich ständig erhöhenden Kriterien (Theoriestunden, Fallzahl, etc.) vor den schädlichen Auswirkungen der Ausbildungsbedingungen. „Im Grunde kann diese Kriterien niemand realistischweise erfüllen, ohne seine eigene Persönlichkeit leistungsorientiert zu deformieren.“ (Lieb, 1996, S.35). Die bisherigen Ansätze einer Forschung, bezogen auf die Psychotherapieausbildung in Deutschland, konnten hinsichtlich solcher Hypothesen wenig Klarheit schaffen. Im Gegenteil: Angesichts der Datenlage scheint eine merkwürdige Distanz zu diesem Thema zu bestehen. Nimmt man an dieser Stelle einmal Ergebnisse der Gesundheitsberichtserstattung an Hochschulen in den Blick, so verwundert diese Haltung um so mehr. So konnte die, mit einem ressourcentheoretischen Modell unterlegte RUBIS-Studie eine Abnahme individueller Ressourcen – erfasst wurden hier Humor, Optimismus, Autonomie, Selbstwert und Empathie - über den gesamten Studienverlauf bei den befragten Studenten zeigen (zusammenfassend referiert bei Gusy, 2008). Das Gesundheitssurvey für Studierende in NRW (Meier, Milz & Krämer, 2007) ermittelte, trotz eines durch die Studierenden subjektiv als gut bzw. sehr gut eingeschätzten eigenen Gesundheitszustandes, hohe Prävalenzen bei den Beschwerden. Dabei wurde die Beschwerdeliste angeführt von Konzentrationsschwierigkeiten (40%) sowie Nervosität und Unruhe (40%), gefolgt von Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen (je 30%). Gleichzeitig fielen geschlechtsunabhängig erhöhte Stresswerte bei der Untersuchungsgruppe auf sowie gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen hinsichtlich Ernährung und Alkoholkonsum. Dem gegenüber stand ein erhöhtes Interesse der Studierenden an

Bewegungs- und Entspannungsangeboten sowie Vorträgen zu Themen wie „Gesunde Ernährung“ und „Allgemeine Gesundheitsberatung“ (Meier, Milz & Krämer, 2007).

Auch im Rahmen der regelmäßig durchgeführten Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes (Bundesministerium für Forschung und Bildung, 2007 und 2010) wird über die letzten Jahre unter dem Stichpunkt „Beratungs- und Informationsbedarf“ ein kontinuierlicher Beratungsbedarf hinsichtlich studien(leistungs)bezogener Themen und Probleme im persönlichem Umfeld vermerkt. Studierende unterliegen, trotz einer generellen Freude am Studium, eben auch Risiken, eine Erkenntnis, der mittlerweile national wie international durch eine umfangreiche Forschung Rechnung getragen wird (vgl. im Überblick Literaturdatenbank des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen).

Wenngleich die Befunde der Gesundheitsberichterstattung an Hochschulen an dieser Stelle nur als Hinweis verstanden werden dürfen, also keineswegs die vorhandene „Datenlücke“ zu füllen vermögen, so öffnen sie abschließend den Blick noch einmal in eine andere Richtung. Erfolgreiches Lernen i.S. einer Vermittlung von Inhalten und Fertigkeiten ist gebunden an Rahmenbedingungen, die auch das Wohlbefinden der Lernenden explizit im Auge behalten. Lernen im Rahmen einer Psychotherapieausbildung aber reicht über dieses Verständnis insoweit hinaus, als das darüber zusätzlich auch eine Haltung des Therapeuten gegenüber den Patienten und vor allem zu sich selbst zu erschließen und vermitteln ist, soll in der Folge Therapie gelingen und nicht zum Risiko für beide werden. Das eigene Wohlbefinden des Therapeuten ist dabei eine zentrale Kategorie (Sonnenmoser, 2008). Die Befunde der Outcome-Forschung der letzten zwei Jahrzehnte haben diesen Zusammenhang empirisch belegt. Demnach erzielen selbstsichere, persönlich stabile Therapeuten mit hohem subjektiven Wohlbefinden bessere Therapieergebnisse, als solche, die unter großen Belastungen und inneren Anspannungen stehen (Ditterich & Winzer, 2003 mit Verweis auf Arbeiten von Beutler, Machado und Neufeld, 1994). Angesichts der hier skizzierten Ausbildungsbedingungen und „eines darüber „stillschweigend“ vermittelten, bedenklichen Wertekanons hinsichtlich des Umgangs mit eigenen Grenzen, der Bedeutung von Arbeit und Leistung im Leben, der Pflege freundschaftlicher und

familiärer Bindungen und dem Wert von Entspannung und positiven Aktivitäten“ (Ditterich & Winzer, 2003, S.142) vermuten Ditterich und Winzer möglicherweise nicht zu unrecht, dass die gegenwärtige Ausbildungsstruktur und -kultur „auf Grund der übermäßigen Belastungen nicht nur zu negativen Konsequenzen für das therapeutische Handeln führt, sondern auch längerfristig die Psychotherapeuten in einer für die Ausübung ihres Berufes abträglichen Art und Weise prägt“ (ebd., S.142).

In den vorangegangenen beiden Abschnitten wurden einzelne Befunde und Gedanken zum theoretischen Forschungsstand hinsichtlich des Zusammenhangs von Belastungen, Ressourcen und gesundheitsbezogener Lebensqualität sowie zum empirischen Forschungsstand, bezogen auf die Untersuchungsgruppe, dargestellt. Dabei konnte mit Blick auf die theoretische Konzeptualisierung gezeigt werden, dass das traditionelle Risikofaktorenkonzept - ein oder mehrere außerhalb der Person liegende Faktoren führen zur Erkrankung - in den letzten drei Jahrzehnten ergänzt wurde durch stresstheoretische Konzeptionen, d.h. um die Komponente der subjektiven Bewertungsprozesse physischer, psychischer und sozialer Einflüsse innerhalb des individuellen Lebenszusammenhangs. Dieser Blick in die „Black Box“ geht einher mit einer Neuformulierung des Begriffes von Gesundheit respektive gesundheitsbezogener Lebensqualität. Als zentrale Bedingung für subjektives Wohlbefinden ist heute der Zugang zu, sowie der Erhalt und Ausbau von individuellen Ressourcen anerkannt. Wenngleich der Minimierung gesundheitsbezogener Risiken nach wie vor ein wichtiger Stellenwert zukommt, so zeigen doch insbesondere aus dieser Perspektive heraus formulierte Therapieansätze (z.B. systemisch orientierte Therapieformen) eindrucksvoll und erfolgreich die Wirkung des neuen Paradigmas bei der Bewältigung individueller Anforderungen und Belastungen.

Hinsichtlich des empirischen Forschungsstandes, bezogen auf die Untersuchungsgruppe von Teilnehmern einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung, bleibt - zumindest für den hier gesichteten deutschsprachigen Forschungsraum – ein Mangel an empirisch belastbarem Material festzuhalten. Zwar weisen einzelne empirische Erhebungen sowie eine Anzahl von Diskussionsbeiträgen und Meinungsäußerungen auf hohe Belastungen, welche vordergründig in den strukturellen und finanziellen

Bedingungen der Ausbildung begründet sind, hin, jedoch wurde bisher die Verschränkung dieser Belastungen mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Ausbildungsteilnehmer nicht (systematisch) in den Blick genommen. Zufallsbefunde wie der von Müller (2009) zeigen hier einen Bedarf an weiterführender Forschung an, nicht zuletzt um die Qualität psychotherapeutischer Arbeit vom Grunde her zu sichern.

Die hier vorliegende Untersuchung versucht, über einen deskriptiven und explorativen Zugang sich dieser Thematik zu nähern, indem sie Ausbildungsteilnehmer am SIMKI e.V. (Sächsischen Institutes für methodenübergreifende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V.) in unterschiedlichen Ausbildungsphasen zur ihrer subjektiv empfundenen, gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels standardisierter Instrumente und einer Liste von möglichen Belastungsquellen befragt und darüber versucht ein erstes Bild von personen- und gruppenunabhängigen Belastungen, subjektiv empfundenem Stress und der Verfügbarkeit von Ressourcen unter den Bedingungen der Ausbildung zu zeichnen. Dazu sind zunächst die Ausbildungsbedingungen am o.g. Institut kurz zu skizzieren und sodann unter Einbezug des bisherigen empirischen Forschungsstandes, bezogen auf die Untersuchungsgruppe, in einem weiteren Schritt forschungsleitende Hypothesen zur subjektiv empfundenen, gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Teilnehmer zu bilden.

## **5. Ausbildungsbedingungen am SIMKI e.V.**

Grundlage einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am SIMKI e.V. ist das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrv). Entsprechend der Gesetzeslage beinhaltet sie die praktische Tätigkeit, die theoretische Ausbildung, die praktische Ausbildung sowie die Selbsterfahrung. Teil der praktischen Ausbildung ist die Supervision. Die Ausbildung umfasst insgesamt 4200 Arbeitsstunden (Astd.). 1800 Astd. davon entfallen auf die praktische Tätigkeit, aufgeteilt in 1200 Astd. in einer psychiatrisch klinischen Einrichtung und 600 Astd. in einer vom Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung bzw. in der Praxis eines Arztes mit der Weiterbildung in Psychotherapie oder in der Praxis eines Psychotherapeuten.

Formale Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist nach §5 PsychThG ein abgeschlossenes Hochschulstudium (Uni / Fachhochschule) im Studiengang Psychologie, Pädagogik bzw. Sozialpädagogik. Die Ausbildung ist berufsbegleitend und findet in Gruppen von etwa 20 Teilnehmern statt. Ihre Dauer beträgt mindestens fünf Jahre. Ziel ist die Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, um eigenverantwortlich und selbständig Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert bei Kindern und Jugendlichen in einem Richtlinienverfahren – Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – durchführen zu können. Entsprechend dem im Namen des Institutes verankerten Anspruch, seine Auszubildenden methodenübergreifend schulen zu wollen, werden neben den zwei Richtlinienverfahren noch weitere wissenschaftlich anerkannte bzw. fundierte Verfahren gelehrt, um eine optimale Behandlung und Versorgung durch die späteren Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu gewährleisten (SIMKI e.V., 2014).

Für die Organisation der praktischen Tätigkeit stellt das Ausbildungsinstitut jedem Teilnehmer eine Liste von Kooperationspartnern, vorwiegend aus dem sächsischen

Raum, zur Verfügung. Darüber hinaus ist das SIMKI e.V. bemüht, im Lebensumfeld von Ausbildungsteilnehmern anderer Bundesländer, psychiatrisch-klinische Einrichtungen und Praxen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zuzulassen und als Kooperationspartner anzubieten. Konkrete Verhandlungen hinsichtlich des zeitlichen Umfangs praktischer Tätigkeit pro Woche oder bezüglich der Möglichkeit einer Vergütung für die Zeit der praktischen Tätigkeit sind von den Ausbildungsteilnehmern mit den Kooperationspartnern eigenverantwortlich zu führen. Zu gewärtigen sind in diesem Zusammenhang längere Wegezeiten zu den psychiatrisch-klinischen Einrichtungen, da hier nur ein begrenztes Kontingent an Kooperationspartnern und damit Praktikumsplätzen zur Verfügung steht. Aus der praktischen Tätigkeit heraus sind 30 Behandlungsfälle, in die der Ausbildungsteilnehmer während der Zeit seiner Praktika Einblick hatte, nach vorgegebenem Schema zu dokumentieren.

Die theoretische Ausbildung findet überwiegend in den Räumen des Institutes in Mittweida statt. Die Lehrveranstaltungen werden in Form von Wochenendseminaren angeboten. Der Umfang eines Wochenendseminars beträgt dabei in der Regel 20 Astd.. Beginn ist zumeist Sonnabend 9 Uhr. Ihr Ende finden die Veranstaltungen am Sonntag zwischen 16 und 17 Uhr. Die Pausengestaltung wird zwischen der Gruppe und dem Kursleiter individuell vereinbart. Die Anwesenheit ist am Ende der Veranstaltung durch den Dozenten im Ausbildungsbuch an entsprechender Stelle mit dem entsprechenden Stundenumfang abzuzeichnen. Bei längerfristiger Verhinderung auf Grund von Krankheit o.ä. sind Seminarinhalte zu einem späteren Zeitpunkt im Folgekurs nachzuholen. Bei Krankheit und Absage durch den Dozenten organisiert das SIMKI e.V. einen Nachholetermin und stellt diesen in den aktuellen Jahreslehrplan ein.

Die Fahrt- und Übernachtungskosten im Zusammenhang mit den Wochenendveranstaltungen sind vom Teilnehmer zu tragen.

Mit der praktischen Ausbildung kann nach dem Bestehen der Zwischenprüfung am Ende des zweiten Ausbildungsjahres begonnen werden. Sie umfasst mindestens 600 Behandlungsstunden; zugleich sind sechs Behandlungsfälle ausführlich zu dokumentierten (in der Regel bis etwa 20 Seiten nach vorgegebenem Schema). Für die Behandlung stehen jedem Ausbildungsteilnehmer die Behandlungsräume der

Institutsambulanz zu Verfügung. Patienten werden über die Anmeldung der Institutsambulanz an die angehenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vermittelt. Die Abrechnung erfolgt entsprechend des aktuellen Rahmenvertrages zwischen den Krankenkassen und SIMKI e.V.. Alternativ können die Ausbildungsteilnehmer die notwendigen Behandlungsstunden in einer anerkannten Praxis an ihrem Heimatort leisten. Abrechnungsberechtigt bleibt auch in diesem Fall das Institut. Die Patienten werden in der Regel durch den Praxisinhaber vermittelt. Für die Nutzung der Räume werden dem Praxisinhaber 5 Euro pro Behandlungsstunde bis zur 300. Behandlungsstunde vom SIMKI e.V. auf Rechnung erstattet. Darüber hinaus anfallende Kosten für die Raumnutzung sind vom Ausbildungsteilnehmer zu tragen. Der Ausbildungsteilnehmer wird an den Einnahmen durch die Behandlung wie folgt beteiligt: 25 Euro bis zur 300. Behandlungsstunde, 30 Euro ab der 301. Behandlungsstunde, 35 Euro ab der 601. Behandlungsstunde. Diese Einnahmen sind steuerpflichtig und beim Finanzamt anzugeben. Materialkosten für die Behandlungen (z.B. Kreativmaterial) sind vom Ausbildungsteilnehmer zu tragen und steuerlich absetzbar.

Um die praktische Ausbildung (Behandlung) fachlich abzusichern, werden die Ausbildungsteilnehmer in Form von Supervision begleitet. Dafür stehen 150 Astd. (50 Astd. Einzel- und 100 Astd. Gruppensupervision) bei anerkannten, mit dem SIMKI e.V. vertraglich verbundenen Supervisoren – zumeist niedergelassenen Psychotherapeuten mit einer Zulassung für Kinder und Jugendliche - zur Verfügung. Die Kosten hierfür werden bis zur 600. Behandlungsstunde vom Institut getragen.

Im Verlauf der praktischen Ausbildung hat der Ausbildungsteilnehmer seine Fälle und damit auch Supervisionsstunden auf drei unterschiedliche Supervisoren aufzuteilen (ideal 50 / 50 / 50). Zum Erstgespräch sollte immer ein Supervisor anwesend sein. Ist dies aus Abstimmungsgründen nicht möglich, ist zeitnah zu supervidieren, um die Ausrichtung der Kennenlern- und Diagnostikphase (Probatorik) zu besprechen. Für die erste Supervision ist im Vorab eine schriftliche Fallvorstellung nach Schema zu erstellen und dem Supervisor zuzusenden. Weiterführend ist aller vier Behandlungsstunden eine Supervision des Falls verpflichtend. Bei Antragstellung des Versicherten auf Psychotherapie ist neben der formalen Antragstellung ein Bericht an den Gutachter zu



verfassen, welcher die Antragstellung unter verschiedenen Aspekten inhaltlich begründet. Der Bericht ist mit dem zuständigen Supervisor abzustimmen, um eine erfolgreiche Antragstellung zu gewährleisten.

Die Supervision findet in der Regel monatlich einmal am Praxissitz des Supervisors in den Abendstunden statt. Fahrt- und eventuelle Übernachtungskosten sind vom Ausbildungsteilnehmer zu tragen.

Ausbildungsbegleitend ist die Teilnahme an Selbsterfahrung gesetzlich vorgeschrieben. In Abhängigkeit zum gewählten Richtlinienverfahren – beim SIMKI e.V. entweder Verhaltenstherapie (VT) oder tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (TP) – sind 160 Astd. Gruppenselbsterfahrung und 40 Astd. Einzelselbsterfahrung (VT) bzw. 120 Astd. Gruppenselbsterfahrung und 80 Astd. Einzelselbsterfahrung (TP) zu absolvieren. Die Gruppenselbsterfahrung findet als Wochenendveranstaltung in den Räumen des Institutes statt und fasst die Teilnehmer eines Ausbildungsganges in ihrem jeweiligen Richtlinienverfahren als Gruppe zusammen. Sie findet über den Verlauf der gesamten Ausbildung statt. Die Einzelselbsterfahrung ist mit Beginn der praktischen Ausbildung anzufangen. Für die selbstständige Organisation stellt das SIMKI e.V. eine Liste von Kooperationspartnern zur Verfügung. Ähnlich wie im Rahmen der Organisation der praktischen Tätigkeit ist das Institut dabei bemüht, in Wohnortnähe der Ausbildungsteilnehmer, Möglichkeiten der Einzelselbsterfahrung zu schaffen, um zeitliche und finanzielle Belastungen zu minimieren.

Die gesamten Kosten für die Selbsterfahrung sind vom Ausbildungsteilnehmer zu tragen. Sie belaufen sich aktuell durchschnittlich auf circa 170 Euro für ein Wochenendseminar und 85 Euro für die Einzelstunde.

Die Rechnungslegung für die Gruppenselbsterfahrung erfolgt unmittelbar nach dem Selbsterfahrungswochenende und erhöht die regelmäßige finanzielle Belastung (Ausbildungsgebühr) für den aktuellen oder Folgemonat. Die Einzelselbsterfahrung wird quartalsweise abgerechnet. Bei einer angenommenen regelmäßigen Einzelselbsterfahrung von 8-12 mal / Quartal entstehen so für einen Zeitraum von 1-2 Jahren vierteljährlich Kosten zwischen 700 bis 1000 Euro, die zusätzlich zur Ausbildungsgebühr zu begleichen sind. Das SIMKI e.V. bietet in diesem Zusammenhang zur finanziellen Entlastung an, Einnahmen aus der

Behandlungstätigkeit zu verwalten und daraus Kosten für die Einzelselbsterfahrung zu zahlen.

Die Ausbildungsgebühr für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am SIMKI e.V. beträgt aktuell 280 Euro. Sie ist vom ersten Ausbildungsmonat an über 5 Jahre monatlich zu zahlen. Insgesamt beläuft sich die Ausbildungsgebühr damit auf 16800 Euro.

## **6. Hypothesen**

In Zusammenschau der beschriebenen Ausbildungsbedingungen am SIMKI e.V. und des im Kapitel 3.2. zusammengefassten empirischen Forschungsstand zu Belastungen, Ressourcen und gesundheitsbezogener Lebensqualität bezogen auf die Untersuchungsgruppe von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung kann vermutet werden, dass:

### **Hypothese 1**

sich für die Teilnehmer einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzelne, wirksame, personen- und gruppenunabhängige Belastungsquellen abbilden lassen, die als Teil der Ausbildungsstruktur bzw. als Auswirkungen dieser Struktur zu verstehen sind.

### **Hypothese 2**

die im Rahmen der Untersuchung befragten, aktiven Teilnehmer einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf Grund des Wirkens dieser Belastungsquellen und ihrer darüber subjektiv empfundenen Belastung im Mittel bezogen auf die Normstichprobe aus der Bevölkerung vermehrt Stress empfinden.

### **Hypothese 3**

sich die aktiven Ausbildungsgruppen in ihrem subjektiven Stressempfinden signifikant unterscheiden, da mit Blick auf die Dauer der Ausbildung und die zusätzliche emotionale Belastung im Rahmen der praktischen Ausbildung mit einer Zunahme an subjektiv empfundenem Stress zu rechnen ist.

### **Hypothese 4**

der subjektiv empfundene Stress mit einzelnen der beschriebenen Belastungsquellen zusammenhängt.

**Hypothese 5**

sich die befragten, aktiven Ausbildungsteilnehmer der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der subjektiven Einschätzung der Verfügbarkeit ihrer individuellen Ressourcen und ihrer darüber empfundenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bezogen auf Alter und Geschlecht im Mittel von der Normstichprobe signifikant unterscheiden.

## **7. Methodik**

Nach Formulierung der forschungsleitenden Hypothesen ist nunmehr die Methodik bezogen auf das Design der Untersuchung, die Rekrutierung der Untersuchungsgruppen, die verwendeten Erhebungsinstrumente sowie abschließend der einbezogenen Auswertungsverfahren darstellen.

### **7.1. Design der Untersuchung**

Die vorliegende Arbeit versteht sich als deskriptive und explorative Untersuchung. Sie ist als Querschnittsstudie mit zwei Gruppen angelegt. In beiden Gruppen finden sich aktive Teilnehmer einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, das heißt sie stehen entsprechend ihres Ausbildungsstandes zum Erhebungszeitpunkt in Bezug zu allen dafür relevanten Ausbildungsbausteinen (vgl. Punkt 5). Zusätzlich wird eine dritte Gruppe aus Absolventen einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gebildet, mit dem Ziel, mögliche Belastungsquellen im Rahmen der Ausbildung über die retrospektive Einschätzung als personen- und gruppenunabhängig darstellen zu können.

### **7.2. Rekrutierung der Untersuchungsgruppe**

1999 wurde an der Hochschule Mittweida, an der die hier vorliegende Masterarbeit angesiedelt ist, das Sächsische Institut für methodenübergreifende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als eingetragener Verein gegründet. Diese Kooperation besteht bis heute fort. Unter den günstigen Vorzeichen einer unkomplizierten Abstimmung lag es daher nahe, aktive und ehemalige Ausbildungsteilnehmer des Institutes für das Forschungsvorhaben zu befragen. Ausgewählt wurden zwei aktive Kurse, im folgenden „Kurs1“ und „Kurs2“ genannt. Kurs1 steht zum Zeitpunkt der Erhebung am Anfang des zweiten Ausbildungsjahres, Kurs2 hat das vierte Ausbildungsjahr begonnen. Sie befinden sich demnach im Anfangsstadium bzw. in der Mitte der Ausbildung. Eine Erhebung bei Ausbildungsteilnehmern zu Beginn ihrer Ausbildung wäre vor allem mit Blick auf das subjektive Stressempfinden und damit

verbundene Unterschiede zwischen den Gruppen wünschenswert gewesen, konnte jedoch nicht realisiert werden, da SIMKI e.V. nur aller zwei Jahre einen neuen Ausbildungskurs zulässt.

Befragt wurden beide Kurse im Zeitraum Anfang Juli bis Anfang September 2014. Mittels standardisierter Verfahren wurden jeweils Daten zur subjektiv empfundenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zum subjektiv empfundenen Stress erhoben. Subjektiv empfundene Belastungen wurden mit Hilfe einer Liste möglicher Belastungsquellen abgefragt. Zusätzlich wurden einfache demographische Daten erhoben. Verfahren, Liste und demographische Angaben waren in einen Fragebogen gebündelt. Die Bearbeitungszeit war mit 10 Minuten veranschlagt.

Die Befragung von Kurs1 (22 Teilnehmer) fand am 12.07.2014 am Rande eines Seminarwochenendes statt. Es konnten 18 Ausbildungsteilnehmer (n=18) dieser Ausbildungsgruppe befragt werden, was 81,8 % der Gesamtgruppe entspricht. Kurs2 (21 Teilnehmer) wurde am 05.07.2014 ebenfalls am Rande eines Seminarwochenendes erhoben. Anwesend waren hier 11 Ausbildungsteilnehmer. Aufgrund der unbefriedigenden Teilnehmerzahl wurde - unter Beachtung der Anonymität - 8 der insgesamt 10 fehlenden Kursteilnehmer am 14.07.2014 postalisch ein Fragebogen mit dem Ziel einer Nachbefragung zugesandt. Davon sendeten 3 Kursteilnehmer den Fragebogen ausgefüllt zurück. Eine Postsendung konnte nicht zugestellt werden. Insgesamt konnten somit in Kurs2 14 Ausbildungsteilnehmer (n=14) befragt werden, was 66,6 % dieser Ausbildungsgruppe entspricht.

Um mögliche Belastungsquellen im Rahmen der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am SIMKI e.V. als personen- und gruppenunabhängig darstellen zu können, wurde eine dritte Gruppe aus 20 Absolventen des Institutes gebildet, im folgenden „Absolventen“ genannt. Ihnen wurde im Zeitraum vom 14.07. bis 19.07.2014 postalisch die Liste mit möglichen Belastungsquellen bezogen auf ihre Ausbildung zugesandt, mit der Bitte retrospektiv über subjektiv empfundene Belastungen im Rahmen ihrer Ausbildung am SIMKI e.V. zu berichten. Zusätzlich wurden ebenfalls einfache demographische Daten erhoben. Liste und demographische

Angaben waren in einem Fragebogen gebündelt. Als Bearbeitungszeit wurden 5 Minuten veranschlagt. Die dafür notwendigen Adressen wurden vom Institut zur Verfügung gestellt. 11 Absolventen (n=11) sendeten bis Anfang September den Fragebogen ausgefüllt zurück. 2 Fragebögen konnten nicht zugestellt werden. Insgesamt konnten so nur 55 Prozent der Gruppe der Absolventen befragt werden.

### **7.3. Erhebungsinstrumente**

Neben der Erhebung einfacher demographischer Basisdaten wurde mittels einer Liste möglicher Belastungsquellen im Rahmen einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zweier standardisierter Verfahren erhoben. Als standardisiertes Verfahren zur Erhebung der subjektiv empfundenen Stressbelastung wurde die Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress, kurz TICS-SSCS von Schulz, Schlotz und Becker (2004) bei Kurs1 und Kurs2 genutzt. Um subjektive Aussagen über die Verfügbarkeit individueller Ressourcen und darüber zur subjektiv empfundenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Befragten von Kurs1 und Kurs2 zu gewinnen, wurde die Leipziger Kurzversion der „Sense of Coherence Scale“ von Antonovsky, kurz SOC-L9 von Schumacher und Brähler (2004) eingesetzt. Beide Verfahren sowie die Entstehung der Liste möglicher Belastungen sind im Folgenden kurz zu referieren.

#### **7.3.1. Die Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress (TICS-SSCS)**

Die TICS-SSCS ist ein aus 12 Items bestehender Fragebogen. Der Fragebogen kann Personen von 16 Jahren bis ins hohe Alter aus allen Berufsgruppen und Lebenssituationen vorgelegt werden. Mit dem TICS-SCSS wird die Häufigkeit an subjektiv erlebter Stressbelastung in fünf verschiedenen Stressbereichen in den letzten 3 Monaten erhoben: chronische Besorgnis, arbeitsbezogene und soziale Überlastung, Überforderung und Mangel an sozialer Anerkennung. Die Häufigkeit der Stressbelastung in den 5 Stressbereichen wird jeweils mit den Ausprägungen „nie“ (0 Punkte), „selten“ (1 Punkt), „manchmal“ (2 Punkte), „häufig“ (3 Punkte) und „sehr

häufig“ (4 Punkte) erfasst. Auf Basis der 12 Itemwerte wird ein Summenscore berechnet; dafür dürfen bei bis zu 3 Items Antworten fehlen. Der Wertebereich des Summenscores liegt zwischen 0 und 48 Punkten, wobei der Punktwert 0 für niemals Stress und der Punktwert 48 für sehr häufigen Stress in allen 5 Stressbereichen steht. Der individuelle Summenscore wird unter Verwendung der Normtabelle in einen entsprechenden T-Wert umgewandelt, welcher die subjektiv empfundene Stressbelastung des Einzelnen im Vergleich zur Normstichprobe aus der Gesamtbevölkerung ( $n = 604$ ) repräsentiert. Darüber hinaus liegen altersspezifische Normen vor.

Die interne Konsistenz der verwendeten Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress ist mit Crombachs  $\alpha = .91$  als sehr gut einzustufen.

### **7.3.2. Die Leipziger Kurzversion der „Sense of Coherence Scale“ (SOC-L9)**

Die SOC-L9 erfasst mit dem Kohärenzgefühl sensu Antonovsky eine zentrale personelle Bewältigungsressource (Schumacher & Brähler, 2004). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass das Kohärenzgefühl positiv mit Indikatoren des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit korreliert. Ein hoher SOC steht in der Regel im Zusammenhang mit einem geringen Stresserleben, mit psychischer Gesundheit und höherer Lebensqualität (Singer & Brähler, 2007). Aus dieser Perspektive ist die SOC-L9 geeignet eine Orientierung über die Verfügbarkeit von Ressourcen respektive die subjektiv empfundene, gesundheitsbezogene Lebensqualität der Befragten der Kurse 1 und 2 im Rahmen ihrer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu geben.

Die SOC-L9 ist ein aus 9 Items bestehender Fragebogen. Der Fragebogen kann Personen im Alter von 18-92 Jahren vorgelegt werden. Die Items sind bipolar formuliert und müssen alle auf einer siebenstufigen Skala beantwortet werden. Der SOC-Score ist durch Summation der Itemrohwerte zu berechnen. Dabei ist zu beachten, dass einige Items zuvor umgepolt werden müssen. Zur Auswertung liegen alters- und geschlechtsspezifische Normen vor, die auf einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung basieren ( $n = 2005$ ). Darüber hinaus wurde für jede Normgruppe ein Mittelwert mit Standardabweichung gebildet, der es erlaubt Gruppen



zu vergleichen. Eine Umrechnung der alters- und geschlechtsspezifischen Rohwerte in T-Werte steht ebenfalls zur Verfügung.

Die interne Konsistenz der SOC-L9 ist mit Crombachs  $\alpha = .87$  als gut einzustufen.

### **7.3.3. Liste möglicher Belastungsquellen im Rahmen der Ausbildung zum Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Die verwendete Liste wurde inspiriert von Arbeiten um Prof. Krämer, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften / AG 2 Biomedizinische Grundlagen der Bevölkerungsmedizin. In ihrer ursprünglichen Form wurde sie im Gesundheitssurvey für Studierende der Universität Bielefeld (Allgöwer, Stock & Krämer, 1995) sowie im anschließenden Follow-Up (Stock & Krämer, 1997) verwendet. In der Untersuchung wurden darüber Faktoren bei Studierenden erfasst, die das Wohlbefinden an der Hochschule bzw. im Studium beeinflussen. Für die vorliegende Untersuchung wurde die Liste auf die Ausbildungsbedingungen am SIMKI e.V. hin adaptiert. Sie besteht aus 15 (für die Gruppe der Absolventen) bzw. 16 (für die Kurse 1 und 2) für die statistische Auswertung relevanten Items. Daneben können die Befragenden unter der Kategorie „Etwas anderes, und zwar:“ zusätzliche subjektiv wahrgenommene Belastungsfaktoren benennen und ihren damit verbundenen Belastungsgrad anzugeben. Inhaltlich fokussieren 10 der 15 Items sowohl mögliche Belastungen, die mit der Struktur der Ausbildung im Zusammenhang stehen („Wochenendseminare“, „Organisation der vorgeschriebenen Praktika“, „Durchführung der vorgeschriebenen Praktika“, „Fallarbeit“, „Selbsterfahrung“, „finanzieller Mehraufwand“), wie auch solche, die als Auswirkungen dieser Struktur zu verstehen sind („Nebeneinander von Berufstätigkeit und Ausbildung“, „weniger Teilhabe am Familienleben und / oder der Partnerschaft“, „weniger Kontakte zum Freundeskreis“). 3 Items („unzureichend / unwirksam wahrgenommener eigener Arbeitsstil / Arbeitstechniken“, „andere Ausbildungsteilnehmer“ und „Ausfalltage im Rahmen der Ausbildung (krankheits- oder andersweitig bedingt“) versuchen mögliche individuelle Prädispositionen zu erfassen. Die getroffene Zuordnung zu den 3 Subkategorien unterliegt keinen objektiven Kriterien und stellt eine persönliche Annahme des Verfassers dar. Die Items „Ausbildung allgemein“ und „Belastung durch die Ausbildung

insgesamt“ ermöglichen den zu Befragenden eine globale Einschätzung des Einflusses der Ausbildung auf ihr Wohlbefinden bzw. über die Höhe ihrer Belastung durch die Ausbildung. Für die Kurse 1 und 2 wird zudem interessehalber in einem gesonderten 16. Item nach dem „Anteil der Belastung aus der Ausbildung an meiner Gesamtbelastung“ gefragt, um einen Eindruck der Bedeutung der subjektiv empfundenen Ausbildungsbelastung im Lebensgefüge des Einzelnen zu erhalten.

Alle Items wurden mittels einer 4-stufigen Likert-Skala erfragt. Die Antwortmöglichkeiten wurden für Item 1-15 folgendermaßen formuliert: „sehr belastet“ (1), „eher öfter belastet“ (2), „eher selten belastet“ (3) „und nie belastet“ (4). Für Item 16 waren die Antwortmöglichkeiten: „sehr hoch“ (1), „hoch“ (2), „mittel“ (3) und „gering“ (4).

Aus Gründen des stark explorativen Charakters der Untersuchung sowie einer zeitlichen Begrenzung für die Erstellung der vorliegenden Arbeit wurde die Liste ungeprüft verwendet. Auf Grund weniger inhaltlicher, itembezogener Nachfragen im Rahmen der Kursbefragungen bzw. der wenigen schriftlichen Rückmeldungen der postalisch Befragten bezogen auf die inhaltliche Verstehbarkeit der einzelnen Items, ist aber zumindest eine gute inhaltliche Verständlichkeit der formulierten Items zu vermuten.

#### **7.4. Auswertungsverfahren**

Es erfolgte eine deskriptive und explorative Datenanalyse. Deskriptiv wurden absolute und prozentuale Häufigkeitsverteilungen und Mittelwerte mit Standardabweichung angegeben.

Um Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zu zeigen, wurden t-Tests für Mittelwertsgleichheit für unabhängige Gruppen berechnet (2seitig und zum Signifikanzniveau .05).

Um eine klare Darstellung der Belastungen zu erreichen, wurde die Liste der möglichen Belastungen dichotomisiert. Die Items 1-15 wurden dabei wie folgt zusammengefasst: „sehr belastet“ und „eher öfter belastet“ zu „belastet“; „eher selten belastet“ und „nie belastet“ zu „unbelastet“. Für Item 16 wurde adäquat verfahren: „sehr hoch“ und „hoch“ zu „hoch“; „mittel“ und „gering“ zu „gering“.

Auf die Aufklärung möglicher Varianzen mittels Regressionsmodellen wurde auf Grund des geringen Stichprobenumfangs verzichtet (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2008).

Um bedeutsame Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen darzustellen wurde die Korrelation nach Pearson verwendet.

Die Berechnungen der „Sense of Coherence Scale“ wurde alters- und geschlechtsspezifisch vorgenommen, da die verfügbaren Normtabellen dementsprechend verortet sind. Alle Berechnungen erfolgten mit SPSS 20.

## **8. Ergebnisse**

Nach Darstellung der Methodik werden im nachfolgenden Abschnitt die Ergebnisse der Untersuchung gezeigt. Dazu werden zuerst die demographischen Basisdaten der Befragten referiert und sodann die Ergebnisse der Befragung zusammengefasst.

### **8.1. Demographische Basisdaten der Befragten**

Im Folgenden werden, aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht, Familienstand, vorhandenen Kindern und Berufstätigkeit, demographische Basisdaten der Befragten bezogen auf ihre Gruppe überblicksartig dargestellt. Die Darstellung erfolgt deskriptiv in Form prozentualer Häufigkeiten bzw. Mittelwerten mit Standardabweichung und soll die soziodemographische Verortung der befragten Ausbildungsteilnehmer und Absolventen im Zeitfenster der Befragung illustrieren.

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren die Teilnehmer der Befragung von Kurs1 bei einer Altersspanne von 24 – 41 Jahren im Mittel  $29,5 \pm 5,26$  Jahre alt. Sie sind damit im Durchschnitt etwas jünger als die Befragten aus Kurs2 (Altersspanne 27 – 44 Jahre, Mittelwert  $32,00 \pm 4,74$ ) und durchschnittlich wesentlich jünger als die Gruppe der befragten Absolventen (Altersspanne 37 – 51, Mittelwert  $42,09 \pm 4,91$ ).

Bezogen auf das Geschlecht konnte für die einzelnen Gruppen folgende prozentuale Häufigkeit ermittelt werden: Von den 18 Befragten aus Kurs1 sind 14 weiblich. Dies entspricht 77,8 Prozent. Für Kurs2 wurde ein Verhältnis von 10 zu 4 (weiblich / männlich) ermittelt, was einem prozentualen Anteil von 71,4% zu 28,6% entspricht. Die prozentuale Geschlechterverteilung in beiden Kursen findet sich annähernd auch bei Studierenden im Studium „Soziale Arbeit“ (76% zu 24%; Studierende an Hochschulen zum WS 2013 / 2014, Statistisches Bundesamt 2014) sowie in der Statistik über sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen nach Geschlecht vom 30.03.2012 (80% zu 20%; Statistisches Bundesamtes, 2014) und kann damit als repräsentativ für die Geschlechterverteilung in sozialen Berufsfeldern gelten. Die Gruppe der befragten Absolventen ist ausnahmslos weiblich.

Hinsichtlich des Familienstandes wurden kursbezogen folgende Angaben gemacht: In Kurs1 bezeichnen sich 88,2 % der Befragten als ledig, 11,8% geben an verheiratet zu sein. Für Kurs2 ließ sich folgende prozentuale Häufigkeitsverteilung ermitteln: ledig 76,9 % und verheiratet 23,1%. Von den befragten Absolventen geben 8 an, verheiratet zu sein (72,7 %); 3 bezeichnen sich als ledig (27,3%). Bei der Gestaltung des Fragebogens wurde erwogen, bezogen auf den Familienstand eine Kategorie „eheähnliche Gemeinschaft“ zu erheben. Da es sich bei diesem gedanklichen Konstrukt um eine stark subjektive Wahrnehmung handelt, welches in seinen Bedingungen nicht klar von den verwendeten anderen Kategorien abzugrenzen ist, wurde die Idee verworfen. Es ist aber davon auszugehen, dass Ausbildungsteilnehmer, die sich als „ledig“ beschrieben haben, auch in Formen von Partnerschaft oder Beziehung leben.

Bezogen auf das Vorhandensein von Kindern vermitteln die demographischen Daten folgendes Bild: Für Kurs1 geben 4 Teilnehmer der Befragung an, Kinder zu haben (22,2,%); kinderlos sind 14 der Befragten (77,8%). Für Kurs2 konnte eine prozentuale Häufigkeitsverteilung von 50 % zu 50% ermittelt werden. Für die Gruppe der Absolventen geben 10 Befragte an, Kinder zu haben (90,9 %); kinderlos ist ein Befragter (9,1%).

Abschließend wurde zu Berufstätigkeit allgemein und dem Zeitumfang der Berufstätigkeit erhoben. Berufstätig sind im Kurs1 94,4% der Befragten; 5,6 % geben an nicht berufstätig zu sein. Von den Berufstätigen arbeiten insgesamt 88,9 % in Voll- oder Teilzeit, 5,6% haben einen Gelegenheitsjob. Für Kurs2 ergibt sich folgende prozentuale Häufigkeitsverteilung: 78,6% der in diesem Kurs Befragten geben an berufstätig zu sein. 21,4 % beschreiben sich als nicht berufstätig. Von den Berufstätigen arbeiten 64,3% in Voll- oder Teilzeit, 7,1 % arbeiten stundenweise. Ein Befragter (7,1%) machte keine konkrete Angabe zum Zeitumfang seiner Berufstätigkeit. Die Gruppe der befragten Absolventen gab ausnahmslos an, selbständig und in eigener Praxis als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. freiberuflich als Kinder-Jugendlichenpsychotherapeut im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz, tätig zu sein. Die in der vorliegenden Untersuchung erhobenen demographischen Daten zu Berufstätigkeit und Zeitumfang der Berufstätigkeit für Kurs1 und Kurs2 zeigen, dass

der überwiegende Teil der Befragten aus beiden Kursen in der Anfangsphase der Ausbildung und darüber hinaus bereits beruflich etabliert ist. Insgesamt 82,4 % der Befragten beider Kurse sind zum Zeitpunkt der Erhebung berufstätig, 73,5% davon arbeiten in Voll- oder Teilzeit.

Im Vergleich beider Kurse bezogen auf das Vorhandensein von Kindern kann gezeigt werden, dass mehr als doppelt soviel der Befragten aus Kurs2 angeben Kinder zu haben (50% in Kurs2, 22,2% in Kurs1).

## **8.2. Ergebnisse der Befragung**

Ausgehend von der Annahme, das sich einzelne, wirksame, personen- und gruppenunabhängige Belastungsquellen für Teilnehmer einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abbilden lassen, wurde die Liste möglicher Belastungen ausgewertet. Tabelle 1 zeigt gruppenbezogen die prozentuale Ausprägung der belasteten Teilnehmer für alle 15 Items. Je Gruppe empfinden bzw. empfanden sich 2 /3 und mehr der Befragten bezogen auf die Items „Wochenendseminare“, „Durchführung der vorgeschriebenen Praktika“, „Nebeneinander von Berufstätigkeit und Ausbildung“, „finanzieller Mehraufwand“, „weniger Teilhabe am Familienleben und oder der Partnerschaft“ als subjektiv „belastet“. Bei den Items „Ausbildung allgemein“ (Kurs1 54,4% / Kurs2 78,6% / Absolventen 63,6%) und „Organisation der vorgeschrieben Praktika“ (55,6 % / 71,4 % / 81,8 %) sind die Belastungen zwischen den Gruppen unterschiedlich stark ausgeprägt. Bezogen auf das Item „Belastung durch die Ausbildung insgesamt“ erleben bzw. erlebten sich jeweils mehr als 60% der entsprechenden Gruppe als subjektiv „belastet“. Für Kurs2 ist bezogen auf das Item „Fallarbeit“ ein erhöhtes subjektives Belastungserleben zu verzeichnen. Mehr als 60% der Befragten dieser Gruppe gab an, durch die Fallarbeit im Rahmen ihrer Ausbildung subjektiv „belastet“ zu sein. Als Erklärung für diesen Einzelwert kann gesehen werden, das sich Kurs1 zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht in der praktischen Ausbildung befand (vgl. Punkt 4). Dem gegenüber ist für die befragten Absolventen die Fallarbeit zum Teil ihres täglichen Lebensrhythmus geworden (vgl. Punkt 6.1.1.).

In welchem Ausmaß fühlen / fühlten Sie sich während Ihrer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei SIMKI e.V. durch folgende Bereiche belastet?

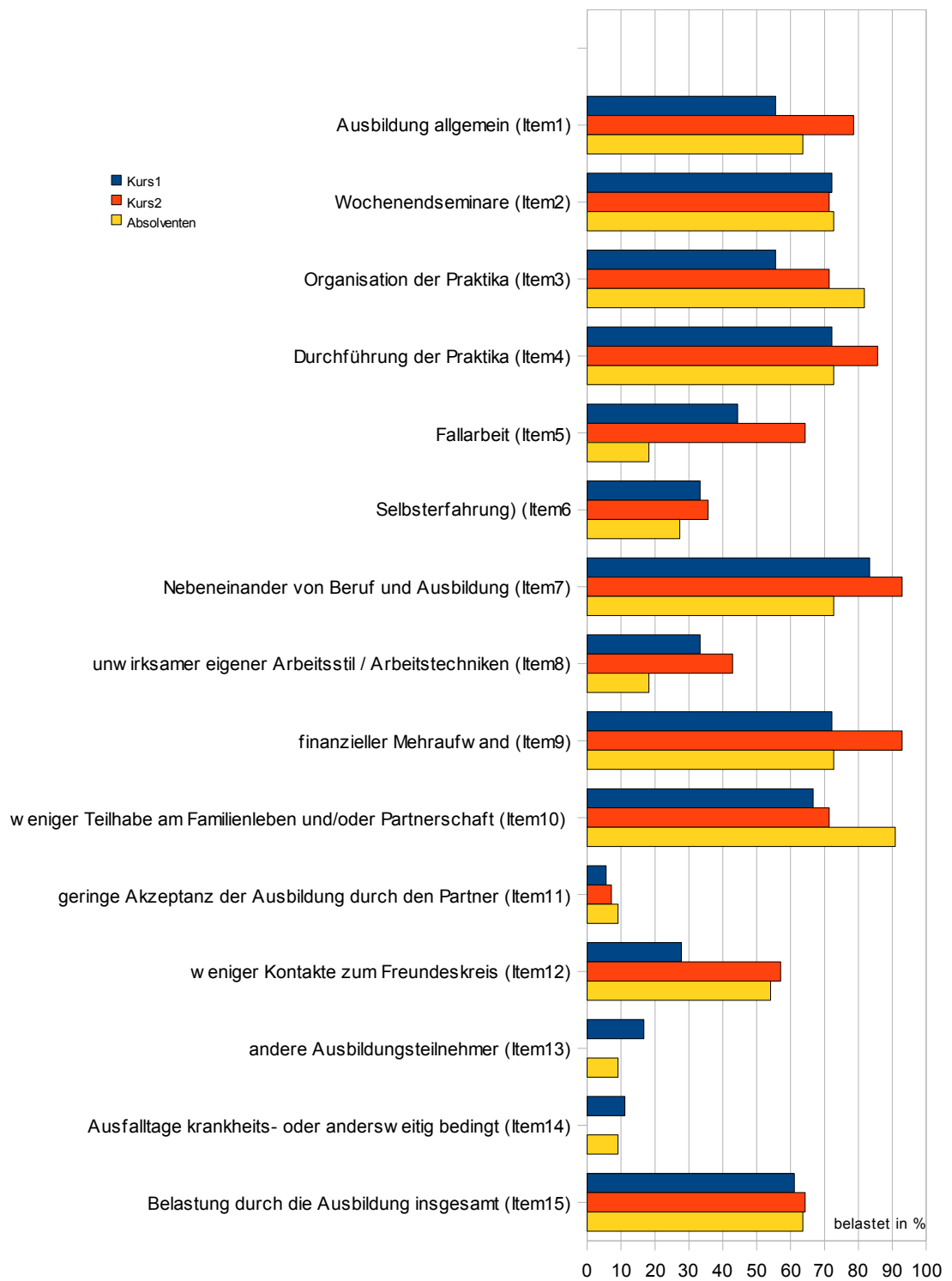


Tabelle 1 : prozentuale Ausprägung der belasteten Teilnehmer je Item, gruppenbezogen

Aus den hier dargestellten Ergebnissen ist abzuleiten, dass ein sowohl aktuelles wie auch retrospektiv geäußertes subjektives Empfinden von Belastung für einen prozentual deutlich größeren Anteil der jeweiligen Gruppe eng verknüpft ist mit Items, welche sich eher den Strukturen einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zuordnen lassen bzw. Auswirkungen dieser Strukturen darstellen. Es liegen somit einzelne personen- und gruppenunabhängige Belastungsquellen vor. Hypothese 1 kann damit bestätigt werden.

Für Kurs1 und 2 wurde interessehalber zusätzlich nach dem „Anteil der Belastung aus der Ausbildung an meiner Gesamtbelastung“ (Item16) gefragt. Bezogen auf die Gesamtgruppe ( $n = 32$ ) schätzen diesbezüglich mehr als die Hälfte (53,1%) den Anteil der Belastung aus der Ausbildung an der eigenen Gesamtbelastung als „hoch“ ein. Aufgeschlüsselt nach Kurs ergibt sich folgendes Bild: In Kurs1 ( $n = 18$ ) schätzen 44,4% der Befragten den Anteil der Belastung aus der Ausbildung an der eigenen Gesamtbelastung als „hoch“ ein. In Kurs2 ( $n = 14$ ) deutlich mehr als die Hälfte (64,3 %).

Im Rahmen der Untersuchung interessierte zudem, in wie weit sich die aktuellen Ausbildungsteilnehmer durch das Wirken der erfassten Belastungsquellen in ihrer subjektiv empfundenen Stressbelastung von der Normalbevölkerung unterscheiden und ob es dahingehend Unterschiede zwischen den beiden aktiven Ausbildungsgruppen gibt. Dazu wurden die mit der TICS-SSCS für Kurs1 und Kurs2 erhobenen Rohwerte in T-Werte transformiert und zu einer Gesamtheit ( $n = 32$ ) zusammengefasst für die ein Mittelwert ( $58,3 \pm 8,63$ ) gebildet wurde, der zeigt, dass die Befragten beider Gruppen im Mittel bezogen auf die Normstichprobe ( $n = 604$ ) geringfügig mehr Stress empfinden. Mit Blick auf die Häufigkeitsverteilung gibt eine kleinere Gruppe von 13 Befragten (40,625 %) an, erhöhten Stress zu empfinden ( $T > 60$ ); ein Befragter (3,125 %) empfindet sehr geringen Stress ( $T = 30$ ). 18 Befragte (56,25%) unterscheiden sich in ihrer subjektiv empfundenen Stressbelastung nicht relevant von der Normstichprobe.

In der weiteren Differenzierung fand sich je Kurs ein mittlerer T-Wert von  $58,28 \pm 8,34$  (Kurs1) und  $57,71 \pm 9,41$  (Kurs2). Deskriptiv zeigt sich damit auch kursbezogen, dass die Befragten im Mittel bezogen auf die Normstichprobe geringfügig mehr Stress



empfinden. Im Vergleich der Mittelwerte zwischen den Kursen konnte kein Unterschied hinsichtlich der subjektiv empfundene Stressbelastung gefunden werden ( $p = .861$ ). Die Befragten beider Kurse sind demnach zum Zeitpunkt der Erhebung im Mittel ähnlich stressbelastet.

Sieht man sich die Häufigkeitsverteilung für Kurs2 genauer an, so ist festzustellen, dass 7 der 14 Befragten (50%) dieses Kurses angeben, erhöhten Stress zu empfinden ( $T > 60$ ). Ein Befragter (7,1%) der Gruppe empfindet sehr geringen Stress ( $T = 30$ ). Es ist daher zu vermuten, dass der gebildete Mittelwert für diese Gruppe stark durch den beschriebenen Einzelwert moderiert wird und die Befragten von Kurs2 im Mittel bezogen auf die Normstichprobe möglicherweise vermehrt Stress empfinden.

Anhand der dargestellten Ergebnisse kann Hypothese 2 als nicht bestätigt angesehen werden, da eine im Mittel vermehrte Stressbelastung der Befragten im Vergleich zur Normstichprobe nicht abgebildet werden konnte. Allerdings zeigt die deskriptive Auswertung eine leichte Erhöhung der Stressbelastung, die als Hinweis auf weitere Untersuchungen an einer größeren Stichprobe zu verstehen ist. Hinsichtlich der in Hypothese 3 formulierten Annahme, dass sich auf Grund der längeren Ausbildungsdauer sowie einer zusätzlichen stärkeren emotionalen Belastung durch die praktische Ausbildung kursbezogen im Mittel Unterschiede in der subjektiv empfundenen Stressbelastung darstellen lassen, konnte kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen abgebildet werden. Hypothese 3 trifft damit nicht zu.

Um herauszufinden, inwieweit einzelne Items mit der subjektiv empfundenen Stressbelastung der aktivem Ausbildungsteilnehmer ( $n = 32$ ) in Zusammenhang stehen, wurden im Rahmen der weiteren Auswertung alle 15 Items, die mögliche Belastungsquellen im Rahmen einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten darstellen können, direkt mit den erhobenen TICS-SSCS-Rohwerten der Befragten korreliert. Es konnte diesbezüglich kein bedeutsamer Zusammenhang gesehen werden. Hypothese 4 lässt sich damit nicht bestätigen.

In der weiteren explorativen Analyse wurde anhand der Belastungsliste die Gruppe „belastet“ und die Gruppe „unbelastet“ gebildet. Für diese Gruppen wurde überprüft, ob sie sich bezogen auf die einzelnen Items in ihrem mittleren TICS-SSCS-Rohwerten unterscheiden. Für Item3 („Organsitation der vorgeschriebenen Praktika“), Item5 („Fallarbeit), Item6 („Selbsterfahrung“) und Item8 („unzureichend / unwirksam wahrgenommener eigener Arbeitsstil / Arbeitstechniken“) wurden signifikante Unterschiede zwischen den gebildeten Gruppen gefunden. Bei allen anderen Items der Belastungsliste unterscheiden sich die Gruppen nicht voneinander. In Tabelle 2 sind die Mittelwertsunterschiede der TICS-SSCS-Rohwerte dargestellt.

<b>Item3</b>	n (gesamt n = 32)	Mittelwert SSCS Rohwerte	Standard- abweichung	T-Test für die Mittel- wertgleichheit (Sig.)
„belastet“	20	25,00	7,687	.002
„unbelastet“	12	16,00	7,196	
<b>Item5</b>	n (gesamt n = 29)			
„belastet“	17	25,71	8,161	.011
„unbelastet“	12	17,17	8,268	
<b>Item6</b>	n (gesamt n =32)			
„belastet“	11	27,36	8,003	.012
„unbelastet“	21	19,19	7,941	
<b>Item8</b>	n (gesamt n = 31)			
„belastet“	12	29,00	6,729	.000
„unbelastet“	19	17,89	7,233	

Tabelle 2: Mittelwertsunterschiede der SSCS-Rohwerte zwischen den Gruppen „belastet“ und „unbelastet“

Es ist ersichtlich, dass die Unterschiede im Stresserleben sich in Bezug auf Items zeigen, die sowohl Belastungen durch die Struktur der Ausbildung wie auch individuelle Prädispositionen formulieren. Interessant erscheint dieses Ergebnis insbesondere aus präventiver Sicht, da die vier gefundenen Bereiche durchaus beeinflussbar sind bzw. durch geeignete Unterstützung der Teilnehmer, Verbesserungen erreicht werden könnten.

Um eine Aussage über die subjektiv empfundene Lebensqualität der aktiven Ausbildungsteilnehmer zu gewinnen, wurde im Rahmen der Untersuchung das Kohärenzgefühl der Befragten mittels SOC-L9 erhoben. Wie oben ausgeführt, stellt es eine wichtige personelle Ressource dar, die zugleich Orientierung über die subjektiv empfundene gesundheitsbezogene Lebensqualität vermittelt. Auf Grund der altersspezifischen Normierung der SOC-L9 (18 -40 Jahre, 41 – 60 Jahre, 61 – 90 Jahre) wurden in der Auswertung nur Befragte der Altersgruppe 18 – 40 Jahre berücksichtigt (n = 30). 2 Befragte lagen außerhalb der Altersnorm; für sie wurde keine gesonderte Gruppe gebildet. Entsprechend der Normierung wurde zudem geschlechtsspezifisch ausgewertet. In Tabelle 3 sind die Mittelwerte des SOC-Rohwertes für die genannte Altersgruppe geschlechtsspezifisch dargestellt. Im Ergebnis konnte für die befragten weiblichen aktiven Ausbildungsteilnehmer im Mittel ein nahezu identischer Wert zum Mittelwert ihrer Normgruppe ermittelt werden. Für die befragten männlichen aktiven Ausbildungsteilnehmer konnte im Mittel ein leicht geringfügiger Wert im Vergleich zum Mittelwert ihrer Normgruppe gesehen werden. Dieser Unterschied erwies sich aber als nicht signifikant (vgl. Tabelle 3). Die in Hypothese 5 formulierte Vermutung ist damit als widerlegt anzusehen.

	n (gesamt n = 30)	Mittelwert SOC-Rohwerte	SD	Mittelwert Normstichprobe	SD
weiblich	22	48,14	6,96	48,05	8,55
männlich	8	46,50	6,65	50,6	8,40

Tabelle 3: Mittelwert der SOC-Rohwerte im Vergleich zum Mittelwert der Normstichprobe (alters- und geschlechtsbezogen)

## **9. Diskussion**

Abschließend sind die gewonnenen Ergebnisse zu diskutieren. Die Diskussion ist einerseits kritisch hinsichtlich des gewählten Untersuchungsdesigns, der Rekrutierung der Untersuchungsgruppe sowie den verwendeten Methoden als wichtigen Bedingungen für die Ergebnisqualität und andererseits bezogen auf die Ergebnisse selbst zu führen.

### **9.1. Diskussion bezogen auf das Untersuchungsdesign, die Auswahl der Untersuchungsgruppe sowie die verwendeten Methoden**

Im Rahmen dieser Masterarbeit war es ausschließlich möglich eine Querschnittsuntersuchung anzulegen. Diese ermöglicht explorative Einblicke zum Forschungsgegenstand. Die erhobenen Daten sind somit „Momentaufnahmen“, die für den Erhebungszeitpunkt Gültigkeit besitzen und auf eine Untersuchungsgruppe eines Settings bezogen sind. Eine Übertragung und Verallgemeinerung auf andere Teilnehmer von Ausbildungen zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind daher nur bedingt möglich. Von Interesse für weitere Arbeiten sind insbesondere Verlaufsuntersuchungen, die Veränderungen zwischen verschiedenen Gruppen und Ausbildungsinstituten und im zeitlichen Verlauf darstellen können.

Seit 1999 sind die Hochschule Mittweida und das SIMKI e.V. Kooperationspartner. Es lag somit nahe, bei der Rekrutierung der Untersuchungsgruppen auf die bestehenden Strukturen dieser Zusammenarbeit zurückzugreifen. Von Seiten der Institutsleitung wurde dem Anliegen der Arbeit Interesse entgegengebracht und in der Folge die Organisation maßgeblich unterstützt.

Ausgewählt wurden zwei Gruppen aktiver Teilnehmer einer Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in unterschiedlichen Ausbildungsstadien am SIMKI e.V. (vgl. Punkt 6.1.) Eine dritte ähnlich große Gruppe wurde aus Absolventen des Institutes gebildet, mit dem Ziel, über die retrospektive Befragung ein personen- und gruppenunabhängiges Wirken einzelner Belastungsquellen abbilden zu können.

Bei einer gut überschaubaren Ausgangsgruppe (63 potentielle Teilnehmer), war es Ziel eine Vollerhebung zu realisieren. Im Erhebungsverlauf zeigt sich jedoch ein letztendlich gewonnener Stichprobenumfang von 68,2%. Das formulierte Ziel konnte damit nur annähernd erreicht werden und beeinflusst die Ergebnisqualität. Kritisch muss in diesem Zusammenhang die Verwendung unterschiedlicher Erhebungsarten gesehen werden. So wurde zwar insgesamt schriftlich, zum einen aber direkt und in Anwesenheit des Untersuchenden zum anderen postalisch (nach)erhoben (Rücklauf postalisch insgesamt 14 von 28, entspricht 50%). Negative Effekte schriftlicher, postalischer Befragungen wie sie bei Kirchhoff, Kuhnt, Lipp und Schawin (2001) im Sinne einer unter Umständen geringen Rücklaufquote oder unvollständig bzw. unsorgfältig aufgefüllter Fragebögen formuliert werden, scheinen hier zum Tragen zu kommen.

Durch die alleinige Bezogenheit der Untersuchung auf Teilnehmer und Absolventen eines Ausbildungsinstitutes sind die Ergebnisse auf andere Ausbildungsstrukturen nur eingeschränkt zu übertragen. Im Weiteren verhindert die Gruppengröße eine sinnvolle geschlechtsspezifische Auswertung, was die Aussagekraft der Untersuchung aus dieser Perspektive einschränkt. Gleichwohl konnte gezeigt werden, dass die prozentuale, geschlechtsspezifische Zusammensetzung der jeweiligen Gruppe von aktiven Ausbildungsteilnehmer annähernd der Geschlechterverteilung von Studierenden im Studium „Soziale Berufe“ bzw. von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen entspricht (vgl. 6.1.1.)

Hinsichtlich möglicher, für das Forschungsvorhaben nutzbarer Methoden wurde der Institutsleitung des SIMKI e.V. vorgeschlagen, im Anschluss an die Arbeit von Müller (2009) die gesundheitsbezogene Lebensqualität der aktiven Ausbildungsteilnehmer gruppenbezogen mit dem SF 36 – Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger, & Kirchberger, 1998) zu erheben. Aus Sicht des Verfassers schien dieses Vorgehen aus zweierlei Hinsicht sinnvoll. Einerseits wäre mit der Verwendung des gleichen Instrumentes in der vorliegenden Arbeit und mit Blick auf Ergebnisse der Arbeit von Müller, insbesondere denen zu den Kinderpsychotherapeuten eine vergleichende Interpretation möglich gewesen. Andererseits hätte man auf umfassende und zugleich ökonomische Weise die gesundheitsbezogene Lebensqualität der zu Befragenden über

die acht darin verankerten Skalen „körperliche Funktionsfähigkeit“, „körperliche Rollenfunktion“, „körperliche Schmerzen“, „psychisches Wohlbefinden“, „emotionale Rollenfunktion“, „soziale Funktionsfähigkeit“, „Vitalität“ und „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ abbilden können. Diese Idee wurde auf breiter Basis diskutiert, mit Blick auf die psychopathologische Ausrichtung des Fragebogens und den Umstand, dass der Verfasser selbst Teilnehmer einer anderen Ausbildungsgruppe am SIMKI e.V. ist, aber verworfen. Nun mag man gern den Schutz der Ausbildungsteilnehmer als das „höhere“ Gut ansehen, gleichwohl trat der Autor auch in seiner Rolle als Student der Fachhochschule Mittweida an das Institut heran, die über die an ihr Studierenden und deren Forschungsarbeiten einen Forschungsanspruch ausstrahlt. Es ist, trotz Bemühens um Objektivität, nicht auszuschließen, dass sich der dargestellte Interessenkonflikt, wenngleich unbewusst, inhaltlich in der vorliegenden Arbeit niederschlägt. Denkbar wäre hier eine einseitige Ausrichtung der Hypothesen oder vermehrt subjektiv wertende Aussagen, die sich dem Bewusstsein des Verfassers entziehen.

Die nunmehr verwendeten Erhebungsinstrumente – TICS-SSCS, SOC-L9, und die Liste möglicher Belastungen im Rahmen einer Ausbildung in Kinder- und Jugendpsychotherapie – wurden unter Punkt 6.2. bereits umfassend dargestellt und einem kritischen Blick unterzogen. Hinsichtlich des Trierer Inventars zum chronischen Stress, muss ergänzend mit Sievers (2011) kritisch gesehen werden, dass nur der Vergleich zur Gesamtstichprobe bzw. zu Altersnormen möglich ist. Eine geschlechtsspezifische oder berufsbezogene Normierung wäre hier für die Zukunft wünschenswert, um die Vergleichbarkeit dieses Testverfahrens zu verbessern (Sievers, 2011). Die Verwendung der Liste möglicher Belastungen im Rahmen einer Ausbildung in Kinder- Jugendlichenpsychotherapie bleibt auf Grund ihrer Ungeprüftheit sowie der subjektiven Zuordnung der Items zu Subskalen forschungstheoretisch angreifbar, stellt aber in Ermangelung anderer derart inhaltlich ausgerichteter Instrumente aus Sicht des Verfassers für die Untersuchung die beste Lösung dar. Hinsichtlich der verwendeten SOC-L9 als Zugang zur subjektiv empfundenen gesundheitsbezogen Lebensqualität der Befragten, muss kritisch gesehen werden, dass dieses Instrument dies nur über einen einzelnen, wenngleich mit dem Kohärenzsinn sensu Antonovsky starken Kennwert und

darüber hinaus auch nur indirekt zu leisten vermag. Dies schränkt die dahingehenden Ergebnisse in ihrer Aussagekraft möglicherweise ein und lässt eine differenzierte Betrachtung einzelner Einflussgrößen, wie sie u.a. von Bullinger und Kirchberger (1998) in den acht Skalen des SF36 formuliert wurden, außen vor.

Um Vergleiche zwischen einzelnen Gruppen zu ermöglichen, wurden in der deskriptiven Analyse Mittelwerte mit Standardabweichung gebildet. Dieses Verfahren ermöglicht es mittels eines anschließenden t-Test für Mittelwertgleichheit für unabhängige Gruppen, signifikante Unterschiede zwischen Gruppen darzustellen. Kritisch bezüglich der Verwendung von Mittelwerten mit Standardabweichung in der vorliegenden Untersuchung muss gesehen werden, dass darüber möglicherweise bedeutsame Einzelwerte bzw. kleinere Subgruppen verdeckt wurden, die einen weiteren Forschungsbedarf hätten andeuten könnten.

## **9.2. Diskussion bezogen auf die Ergebnisse**

Im Ergebnisteil konnte das Wirken personen- und gruppenunabhängiger Belastungsquellen im Rahmen einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezeigt werden. Insgesamt 10 von 15 Belastungsquellen werden von der Mehrheit der Befragten (> 50%) als belastend eingeschätzt. Über die Befragung von aktiven Teilnehmern und Absolventen konnten sie als Teil der Struktur der Ausbildung bzw. als Auswirkung dieser Struktur verortet werden, die ihrerseits wiederum gesetzlichen Rahmenvorgaben unterliegen. Das Ergebnis spiegelt den bisherigen Kenntnisstand - empirisch und in Form von Expertenwissen - wider und weist darüber hinaus auf die Notwendigkeit der mit dem Forschungsgutachten von 2009 angestoßenen Diskussion, bezüglich einer Reform von Teilen der Psychotherapieausbildung, hin. „Die belastenden Rahmenbedingungen der Ausbildung gefährden [...] die Zukunft des psychotherapeutischen Berufsstandes. Alle Betroffenen und Zuständigen sollten deshalb mit aller Anstrengung auf Verbesserungen dieser Rahmenbedingungen hinwirken. Die fehlende Bezahlung der praktischen Tätigkeit und die fehlende Möglichkeit zur Anrechnung bereits erworbener Vorkenntnisse sind hier wohl die dringlichsten Themen“ (Ruggaber & Fliegel, 2006, S. 744)

Entgegen der formulierten Erwartung, dass die gefundenen personen- und gruppenunabhängigen Belastungsquellen subjektiv vermehrt empfundenen Stress provozieren, konnte im Mittel nur eine geringfügig höhere Stressbelastung der aktiven Ausbildungsteilnehmer im Vergleich zur Normstichprobe dargestellt werden. Bezogen auf die Gruppen und damit auch auf den Ausbildungszeitpunkt ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zur Normstichprobe bzw. zwischen den Gruppen. Bedeutsame Zusammenhänge zwischen einzelnen Belastungsquellen und dem subjektiven Stressempfinden der Befragten konnten nicht ermittelt werden. Gleichwohl fanden sich bezogen auf vier Items jeweils unterschiedlich große Gruppen von Befragten, die sich hinsichtlich des jeweiligen Item als „belastet“ empfanden und deren Stresslevel im Vergleich zur Gruppe derer, die sich darüber als „unbelastet“ empfanden signifikante Unterschiede aufweist. Von da und mit Seitenblick auf die dargestellten Ergebnisse der Forschung an Hochschulen zum Wohlbefinden der Studierenden (vgl. Punkt 4) sind die vordergründig positiven Ergebnisse mit Einschränkungen zu sehen und verweisen auf weitere Forschungsanstregungen um mehr Klarheit über das Wirken von Belastungsquellen im Rahmen einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erhalten. Sinnvoll erscheint an dieser Stelle neben dem Einsatz von Screeningverfahren, die ergänzende Verwendung von Beschwerdelisten und qualitativen Instrumenten.

Um eine Aussage über die subjektiv empfundene gesundheitsbezogene Lebensqualität der aktiven Ausbildungsteilnehmer unter dem Einfluss der gezeigten personen- und gruppenunabhängigen Belastungsquellen zu erhalten, wurde aus ressourcenorientierter Perspektive mit der SOC-L9 erhoben. Die Bedingungen für die Auswahl des Instrumentes sowie die Begrenztheit dieses Zuganges wurden an anderer Stelle (vgl. Punkt 8.1.) bereits kritisch diskutiert. Im Ergebnis hat sich gezeigt, dass sich die Befragten in der subjektiven Einschätzung der Verfügbarkeit ihrer individuellen Ressourcen und darüber in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Mittel und bezogen auf Alter und Geschlecht nicht von den jeweiligen Bezugsgruppen der Normstichprobe unterscheiden. In der Zusammenschau aller Ergebnisse stellt sich dieser individuelle Kennwert damit eher als eine von den Belastungsquellen bzw. dem subjektiven Belastungsempfinden unabhängige Variable dar. Dies trifft insoweit die



Position Antonovskys (1997), der davon ausgeht, dass das Kohärenzgefühl eine Eigendynamik hat. Ein starker SOC würde demnach immer stärker, ein schwacher dagegen immer schwächer. Aus dieser Sicht bildet er möglicherweise nicht die subjektiv empfundene gesundheitsbezogene Lebensqualität der Befragten an sich ab, sondern vermittelt hilfreich über ein in ihm angelegtes Bewältigungsverhalten (Singer & Brähler, 2007) zwischen den subjektiv empfundenen Belastungen der Ausbildung und einer bereits an sich als positiv empfundenen Lebensqualität der aktiven Ausbildungsteilnehmer bzw. erhält diese überwiegend aufrecht.

## Literatur

Allgöwer, A., Stock, C. & Krämer, A. (1995). Gesundheitssurvey für Studierende. Baseline. Universität Bielefeld, Fakultät Gesundheitswissenschaften, AG Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Bd. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: dgvt Verlag.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung (21. Auflage). Berlin, Heidelberg & New York: Springer

Bamberg, E. (2000). Psychische Belastungen: Begriffe und Konzepte. Fehlzeiten-Report, Volume 1999, S. 45 – 57.

Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). Stress- und Ressourcenmanagement. Bern: Verlag Hans Huber.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2010). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten (5. Auflage).

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007). Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt am HIS Hochschul-Informationssystem [Elektronische Version]. Zugriff am 18.09.2014 unter [http://www.sozialerhebung.de/download/18/Soz18\\_Hauptbericht\\_internet.pdf](http://www.sozialerhebung.de/download/18/Soz18_Hauptbericht_internet.pdf)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2010). Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2009. 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt am HIS Hochschul-Informationssystem [Elektronische Version]. Zugriff am 18.09.2014 unter [http://www.sozialerhebung.de/download/19/Soz19\\_Haupt\\_Internet\\_A5.pdf](http://www.sozialerhebung.de/download/19/Soz19_Haupt_Internet_A5.pdf)

Cierpka, M., Orlinsky, D., Kächele, H. & Buchheim, P. (1997). Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten -Wer sind wir? Wo arbeiten wir? Wie helfen wir?. *Psychotherapeut*, 42 (5), 269 – 281.

DIN Deutsches Institut für Normierung (2000). DIN EN ISO 10075 -1. Allgemeines und Begriffe.

Ditterich, K. & Winzer, A. (2003). Die Ausbildung aus Sicht der TeilnehmerInnen. In A. Kuhr und G.Ruggaber (Hrsg.), *Psychotherapieausbildung - Der Stand der Dinge* (S. 129 – 144). Tübingen: dgvt-Verlag.

Ellert, U. & Kurth, B.M. (2013). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 643 – 649.

Feger, H. & Auhagen, A.-M. (1987). Unterstützende soziale Netzwerke: Sozialpsychologische Perspektiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16 (4), 353 – 367.

Filipp, S.H. (1990). *Kritische Lebensereignisse* (2. Auflage). München: Psychologie Verlags Union

Güthlin, C. (2006). Die Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität: ausgewählte psychometrische Analysen und Anwendungsprobleme. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.. Zugriff am 12.08.2014 unter [http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/3995/pdf/Zentral\\_mLit\\_014.pdf](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/3995/pdf/Zentral_mLit_014.pdf)

Gusy, B. (2008), Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Erstsemestern. Dissertation, Technische Universität Berlin. Zugriff am 10.06.2014 unter <http://opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/frontdoor/index/index/docId/1754>

Hölzel, H.H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. *Psychotherapeutenjournal* 3 / 2006, S. 232 – 237.

Hobfoll, S.E. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S.E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen* (S.11 – 26). Göttingen: Hogrefe.

Jürgens, A. (2003). Bericht zur aktuellen Ausbildungssituation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 35 (1), 43 – 46.

Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P & Schlawin, S. (2001). *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung* (2. überarb. Auflage). Opladen: UTB / Leske und Budrich

Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress* (S.213 – 260). Bern: Verlag Hans Huber

Lieb, H. (1996). Weiterbildung in Verhaltenstherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie* (S.35 – 42). Stuttgart: Thieme

Meier, S., Milz, S. & Krämer, A. (2007). Gesundheitssurvey für Studierende in NRW. Projektbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Gesundheitslabor der AG Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen

Müller, U. (2009). Gesundheitsbewußtsein, berufliche Belastung, und Bewältigungsverhalten von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – unter Berücksichtigung von Kinderpsychiatern und Kinderpsychotherapeuten. Dissertation, Justus-Liebig- Universität Gießen. Zugriff am 27.11.2012 unter <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2009/6903/pdf/MuellerUte-2009-01-26.pdf>

Psychotherapeutengesetz (2007). Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) [Elektronische Version]. Zugriff am 21.10.2014 unter <http://www.lpk-bw.de/kammer/psychthg.pdf>

Reddemann, L. (2007). Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe bei TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. [Elektronische Version] Zeitschrift für Psychotraumatologische und Psychologische Medizin 1. Jahrgang, Heft 1, 79 - 85

Reimer, C., Jurkat, H.B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Eine Vergleichsuntersuchung. Psychotherapeut, 50, S.107 – 114.

Ruggaber, G. (2003). Drei Jahre Psychotherapieausbildung nach dem PsychThR – eine Zwischenbilanz. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 33 (1), 37 – 42.

Ruggaber, G. (2008). Ausbildungsstrukturen auf dem Prüfstand. Aktuelle Situation und Perspektiven. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 40 (1), 87 – 97.

Ruggaber, G. & Fliegel, St. (2006). Was macht AusbildungsteilnehmerInnen zufrieden?. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 38 (3), 741 – 745.

Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). Trierer Inventar zum chronischen Stress. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Schumacher, J. & Brähler, E. (2004, 6. Mai). SOC-L9, Sense of Coherence Scale – Leipziger Kurzform. Zugriff am 06.10.2014 unter <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=7>

Sievers, K. (2011). Belastungserleben bei Psychotherapeuten. Unterschiede zwischen Therapieverfahren und Berufsgruppen. Dissertation, Universität Bremen. Zugriff am 19.06.2014 unter <http://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102476-1.pdf>

SIMKI e.V. (2014). Ausbildung. Ziele und Grundlagen. Zugriff am 08.10.2014 unter <http://www.simki.org/public/Ausbildung.php>

Singer, S. & Brähler, E. (2007). Die »Sense of Coherence Scale«. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Sonnenmoser, M. (2003). Lebensqualität von Psychotherapeuten. Ständige emotionale Beanspruchung [Elektronische Version]. Deutsches Ärzteblatt, PP 2, Ausgabe November, Heft 11, S 511 – 512. Zugriff am 09.10.2014 unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=39334>

Sonnenmoser, M. (2014). Einfluss des Psychotherapeuten auf den Therapieerfolg: Gut untersucht und doch unvorhersagbar [Elektronische Version]. Deutsches Ärzteblatt, PP 13, Ausgabe Juni, Heft 7, S. 312 – 313, Zugriff am 06.10.2014 unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=161041>

Statistisches Bundesamt (2014). Studierende an Hochschulen im Studium „Soziale Arbeit“ zum WS 2013 / 2014 nach Geschlecht. Zugriff am 08.10.2014 unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>

Statistisches Bundesamt (2014). Statistik über sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen nach Geschlecht vom 30.03.2012. Zugriff am 08.10.2014 unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>

Stock, C. & Krämer, A. (1997). Gesundheitssurvey für Studierende. Follow-up. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Bevölkerungsmedizin und biomedizinischen Grundlagen

Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, St., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Zugriff am 18.08.2014 unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten\\_200905.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten_200905.pdf)

## **SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wortwörtlich oder sinngemäß den Werken anderer Autoren entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht.

Ich erkläre weiterhin, dass die vorgelegte Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht an dieser oder einer anderen Hochschule eingereicht wurde.

Leipzig, 25.Oktober 2014



## Anhang – Fragebögen

### Fragebogen

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mein Name ist Eric Koblenz. Seit 2009 befinde ich mich bei Simki e.V. in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Im Rahmen meines Masterstudiums an der Hochschule Mittweida schreibe ich zur Zeit die Masterthesis. Darin beschäftige ich mich mit möglichen Belastungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten während der Ausbildung bei Simki e.V., deren Wirkung auf das subjektive Stressempfinden und die Verfügbarkeit vorhandener Ressourcen und damit auf die subjektiv empfundene Lebensqualität. Der Vorstand des Simki e.V. unterstützt diese Forschung und hat seine Zustimmung zur Befragung im Rahmen Ihrer Ausbildung gegeben. Die Entscheidung zur Teilnahme bleibt Ihnen jedoch unbelassen.

Im folgenden Fragebogen werden einzelne Bereiche (Belastungen, Stressempfinden, Lebensqualität) nachgefragt. Da es weder richtige noch falsche Antworten gibt, beantworten Sie bitte die Fragen **so aufrichtig wie möglich**, nacheinander, zügig und lassen keine Frage unbeantwortet. Das Ausfüllen des Fragebogens wird in etwa 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Diese Untersuchung erfolgt selbstverständlich **anonym** und Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Nach Ausfüllen des Fragebogens geben Sie diesen bitte umgehend in das beiliegende Kuvert und verschließen es.

Für Ihre Mithilfe möchte ich Ihnen schon im Voraus meinen Dank sagen und wünsche Ihnen weiterhin alles Gute für Ihre Ausbildung.

#### Angaben zur Person

1. Geschlecht: ☐ weiblich (♀) ☐ männlich (♂)
2. Alter: \_\_\_\_\_ Jahre
3. Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt / geschieden  
☐ verwitwet
4. Kinder: ☐ ja ☐ nein
5. alleinerziehend: ☐ ja ☐ nein
6. Sind Sie berufstätig? ☐ ja ☐ nein  
☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Stundenweise ☐ Gelegenheitsjobs



### In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch folgende Bereiche belastet?

Bitte beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach, ohne eine auszulassen, indem Sie eine der Zahlen von 1 bis 4 durch kreuzen. **Bitte geben Sie immer nur eine Antwort pro Frage!**

	sehr belastet	eher öfter belastet	eher selten belastet	nie belastet
Ausbildung allgemein	1	2	3	4
Wochenendseminare	1	2	3	4
Organisation der vorgeschriebenen Praktika im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
Durchführung der vorgeschriebenen Praktika im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
Fallarbeit im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
das Nebeneinander von Berufstätigkeit und Ausbildung	1	2	3	4
unzureichend / unwirksam wahrgenommener eigener Arbeitsstil / Arbeitstechniken im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
finanzieller Mehraufwand durch die Ausbildung	1	2	3	4
weniger Teilhabe am Familienleben und / oder der Partnerschaft durch die Ausbildung	1	2	3	4
geringe Akzeptanz der Ausbildung durch den Partner	1	2	3	4
weniger Kontakte zum Freundeskreis durch die Ausbildung	1	2	3	4
andere Ausbildungsteilnehmer	1	2	3	4
Ausfalltage im Rahmen der Ausbildung (krankheits- oder andersweitig bedingt)	1	2	3	4
Etwas anderes, und zwar	1	2	3	
<hr/>				
Belastung durch die Ausbildung insgesamt	1	2	3	4
	Sehr hoch	hoch	mittel	gering
Anteil der Belastung aus der Ausbildung an meiner Gesamtbelastung	1	2	3	4

Auf dieser Seite finden Sie einige Fragen, die Sie danach beurteilen sollen, wie häufig Sie die darin angesprochene Erfahrung gemacht bzw. Situation erlebt haben. Ihre Aufgabe ist es, anzugeben, ob Sie die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen **nie**, **selten**, **manchmal**, **häufig** oder **sehr häufig** gemacht bzw. erlebt haben. Denken Sie bei der Beantwortung bitte an die, vom heutigen Tag aus gesehen, **vergangenen drei Monate** und versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie oft Sie in diesem Zeitraum die jeweilige Erfahrung gemacht haben.

Bitte beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach, ohne eine auszulassen, indem Sie eine der Zahlen von 0 bis 4 durchkreuzen. Einige Aussagen klingen ähnlich oder haben einen ähnlichen Sinn. Bitte beantworten Sie sie trotzdem. Es kommt bei der Beantwortung nicht auf Schnelligkeit an; nehmen Sie sich Zeit, über die Beantwortung nachzudenken.

Erfahrung	In den letzten drei Monaten wie oft erlebt				
	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert	0	1	2	3	4
Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken <b>nicht</b> unterdrücken kann	0	1	2	3	4
Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt	0	1	2	3	4
Erfahrungen, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen ich mit viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst	0	1	2	3	4
Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen	0	1	2	3	4

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

## Fragebogen

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mein Name ist Eric Koblenz. Seit 2009 befinde ich mich bei Simki e.V in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Im Rahmen meines Masterstudiums an der Hochschule Mittweida schreibe ich zur Zeit die Masterthesis. Darin beschäftige ich mich mit möglichen Belastungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten während der Ausbildung bei Simki e.V., deren Wirkung auf das subjektive Stressempfinden und die Verfügbarkeit vorhandener Ressourcen und damit auf die subjektiv empfundene Lebensqualität. Mit der retrospektiven Befragung zu möglichen Belastungen innerhalb Ihrer Ausbildungszeit bei Simki e.V. möchte ich zeigen, dass einzelne Felder gruppenüberdauernd und -unabhängig von den Ausbildungsteilnehmern als ähnlich belastend empfunden werden. Durch die Markierung solcher spezifischer Belastungen und geeignete Intervention entstehen Möglichkeiten zur Reduktion von subjektiv empfunden Stress während der Ausbildung. Einem möglichen Ressourcenverlust kann darüber vorgebeugt werden. Eigene Potentiale bleiben so besser zugänglich und ermöglichen die Bewältigung der Herausforderungen der Ausbildung.

Der Vorstand Ihres ehemaligen Ausbildungsinstitutes Simki e.V. unterstützt diese Forschung und hat mir für diese Untersuchung Ihre Adressen zur Verfügung gestellt. Die Entscheidung zur Teilnahme bleibt Ihnen unbelassen.

Im folgenden Fragebogen werden einzelne mögliche Belastungen im Rahmen Ihrer nunmehr abgeschlossenen Ausbildung nachgefragt. Da es weder richtige noch falsche Antworten gibt, beantworten Sie bitte die Fragen **so aufrichtig wie möglich**, nacheinander und lassen keine Frage unbeantwortet. Das Ausfüllen des Fragebogens wird in etwa 5 Minuten in Anspruch nehmen. Diese Untersuchung erfolgt selbstverständlich anonym und Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Nach Ausfüllen des Fragebogens geben Sie diesen bitte umgehend in das beiliegende, frankierte Kuvert und senden ihn an die aufgedruckte Adresse.

Für Ihre Mithilfe möchte ich Ihnen schon im Voraus meinen Dank sagen und wünsche Ihnen weiterhin alles Gute für Ihre Arbeit.

### Angaben zur Person

1. Geschlecht: ☐ weiblich (♀) ☐ männlich (♂)
2. Alter: \_\_\_\_\_ Jahre
3. Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt / geschieden  
☐ verwitwet
4. Kinder: ☐ ja ☐ nein
5. alleinerziehend: ☐ ja ☐ nein
6. Wie sind Sie berufstätig? ☐ als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis  
☐ angestellt als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  
☐ Sonstiges
7. Wie viele Jahre sind Sie in der Ausbildung bei Simki e.V. gewesen? \_\_\_\_\_ Jahre

Wenn Sie sich zurück erinnern, in welchem Ausmaß fühlten Sie sich während Ihrer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Simki e.V. durch folgende Bereiche belastet?

Bitte beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach, ohne eine auszulassen, indem Sie eine der Zahlen von 1 bis 4 durchkreuzen. Es kommt bei der Beantwortung nicht auf Schnelligkeit an; nehmen Sie sich Zeit, über die Beantwortung nachzudenken.

	sehr belastet	eher öfter belastet	eher selten belastet	nie belastet
Ausbildung allgemein	1	2	3	4
Wochenendseminare	1	2	3	4
Organisation der vorgeschriebenen Praktika im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
Durchführung der vorgeschriebenen Praktika im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
Fallarbeit im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
das Nebeneinander von Berufstätigkeit und Ausbildung	1	2	3	4
unzureichend / unwirksam wahrgenommener eigener Arbeitsstil / Arbeitstechniken im Rahmen der Ausbildung	1	2	3	4
finanzieller Mehraufwand durch die Ausbildung	1	2	3	4
weniger Teilhabe am Familienleben und / oder der Partnerschaft durch die Ausbildung	1	2	3	4
geringe Akzeptanz der Ausbildung durch den Partner	1	2	3	4
weniger Kontakte zum Freundeskreis durch die Ausbildung	1	2	3	4
andere Ausbildungsteilnehmer	1	2	3	4
Ausfalltage im Rahmen der Ausbildung (krankheits- oder andersweitig bedingt)	1	2	3	4
Etwas anderes, und zwar	1	2	3	
<hr/>				
Belastung durch die Ausbildung insgesamt	1	2	3	4

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit